

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE FILOSOFÍA

Departamento de Filosofía IV



TESIS DOCTORAL

**Rasgos de personalidad en trastornos de la conducta
alimentaria, evolución y gravedad de los síntomas**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

Leticia Camarillo Gutiérrez

Directores

Francisco Ferre Navarrete
Ignacio Basurte Villamor

Madrid, 2015

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID



***Rasgos de personalidad en Trastornos de la Conducta Alimentaria,
evolución y gravedad de los síntomas***

TESIS DOCTORAL

LETICIA CAMARILLO GUTIÉRREZ

Madrid, 2015

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID



***Rasgos de personalidad en Trastornos de la Conducta Alimentaria,
evolución y gravedad de los síntomas***

TESIS DOCTORAL DE
LETICIA CAMARILLO GUTIÉRREZ

DIRIGIDA POR
Francisco Ferre Navarrete
Ignacio Basurte Villamor

Facultad de Filosofía
Departamento de Filosofía IV

2015

A mis hijas y a mis padres

AGRADECIMIENTOS

Esta tesis no la habría podido realizar sin la ayuda de muchas personas que han estado a mi lado y por ello quiero agradecerles su aportación a cada una de ellas.

En primer lugar quiero dar las gracias muy especialmente a mi director Francisco Ferre Navarrete por su generosidad, su dedicación, su paciencia, su motivación y su confianza en mí, cuando yo no la tuve.

A mi codirector, Ignacio Basurte Villamor, por toda su ayuda, el esfuerzo en su tiempo libre y sus ánimos.

A todas las personas de las que he aprendido y aprendo continuamente mi profesión.

A David por su apoyo incondicional, por ayudarme a resolver cualquier problema a cualquier hora armado de paciencia y por tantas cosas compartidas.

A mis amigas por haber estado y estar siempre ahí, en cualquier momento, en cualquier lugar.

A Jacques, por su infinita generosidad y entrega, por sostener y soportar lo insostenible, por su fortaleza y su tesón y por ser el dique en los temporales sin que apenas se perciba.

Por supuesto, quiero dar las gracias a mis hijas por tantas horas robadas, por tanto tiempo ausente en los últimos meses y por ser las admirables personas que me estimulan a intentar mejorar en todo lo que hago y en todo lo que soy.

Y muy, muy especialmente a mis padres por su apoyo incondicional y desinteresado, sin esperar nada a cambio más que mi felicidad. Porque sin ellos nada de lo que soy ni de lo que he conseguido habría sido posible.

“La anatomía es el destino”

S. Freud 1924

ABREVIATURAS

AN: Anorexia Nerviosa

ANP: Anorexia Nerviosa Purgativa

ANR: Anorexia Nerviosa Restrictiva

AN-CP: Anorexia Nerviosa Compulsivo Purgativa

BN: Bulimia Nerviosa

APA: Asociación Americana de Psiquiatría

DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th Edition. Manual de Diagnóstico Estadístico V

TCA: Trastornos de la Conducta Alimentaria

DSM-IV-TR: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th Edition. (Test Revision). Manual de Diagnóstico Estadístico IV Revisada.

TCANE: Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificados

CIE 10: Clasificación Internacional de Enfermedades décima versión.

DSM IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th Edition.

NS: Novelty seeking. Búsqueda de novedad.

HA: Harm Avoidance. Evitación del Riesgo.

RD: Reward Dependence. Dependencia de la recompensa

P: Persistence. Persistencia

SD: Self Directiveness. Autodirección

C: Cooperation. Cooperación

ST: Self Transcendence. Autotranscendencia

ICM: Índice de masa corporal

EEG: Electro encefalograma

BIS- 11: Barratt Impulsiveness Scale

SCID-II: Structured Clinical Interview for DSM Personality Disorders

WISPI: Wisconsin personality disorders inventory

EPQ: Eysenck Personality Questionnaire

MMPI: Minnesota Multiphasic Personality Inventory

TCI: Temperament and Character Inventory

AN-CP: Anorexia Nerviosa compulsivo purgativa

BN-P: Bulimia Nerviosa subtipo purgativo

BN-NP: Bulimia Nerviosa subtipo no purgativo

EDI: Eating Disorder Inventory.

BITE: Bulimic Investigatory Test Edinburgh. Test de Bulimia de Edimburgo

EAT: Eating Attitudes Test. Test de Actitudes hacia la Alimentación

ACTA: Cuestionario de Actitudes frente al cambio en los Trastornos de la Conducta Alimentaria

BDI: Beck Depression Inventory. Inventario de Depresión de Beck

IPDE: International personality disorder examination. Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad

STAI: State Trait Anxiety Inventory. Cuestionario de ansiedad estado/rasgo

IMPDEL: Impulso a la delgadez. Subescala del EDI

CONINT: Conciencia interoceptiva. Subescala del EDI

SINBUL: Síntomas Bulímicos. Subescala del EDI

INSCOR: Insatisfacción corporal. Subescala del EDI

INEBAE: Inefectividad y baja autoestima. Subescala del EDI

MIEDMAD: Miedo a madurar. Subescala del EDI

PERFEC: Perfeccionismo. Subescala del EDI.

ESCINT: Desconfianza interpersonal. Subescala del EDI

PRECON: subescala de precontemplación

CONTEM: subescala de contemplación

DECISI: subescala de decisión

ACCIÓN: subescala de acción

MANTEN: subescala de mantenimiento

RECAID: subescala de recaída

TP-ER: Trastornos de personalidad especificados por rasgos

TCI-R: Temperament and Character Inventory. Versión revisada

TCI: Temperament and Character Inventory

PALABRAS CLAVE:

Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA)

Rasgos de Personalidad

Trastornos de Personalidad

Anorexia Nerviosa (AN)

Bulimia Nerviosa (BN)

Trastorno por atracón (TA)

KEY WORDS:

Eating Disorders (ED)

Personality Traits

Personality Disorders

Anorexia Nervosa (AN)

Bulimia Nervosa (BN)

Binge Eating Disorder (BED)

ÍNDICE:

I.	RESUMEN	1
1.	RESUMEN EN ESPAÑOL	1
2.	RESUMEN EN INGLÉS	6
II.	ENCUADRE TEÓRICO	11
1.	INTRODUCCIÓN	11
2.	JUSTIFICACIÓN CLÍNICA	12
3.	PROPÓSITO Y ORIGEN DEL ESTUDIO	16
4.	APROXIMACIÓN TEÓRICA A LA PERSONALIDAD EN PSICOLOGÍA	21
4.1.	Historia de la Personalidad	22
4.2.	Perspectivas psicológicas actuales de la Personalidad.....	23
4.3.	Clasificación actual de los Trastornos de Personalidad DSM-5.....	41
5.	TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	52
5.1.	Historia de los Trastornos de la Conducta Alimentaria	56
5.2.	Anorexia Nerviosa.....	59
5.3.	Bulimia Nerviosa	62
5.4.	Trastorno por Atracón	65
5.5.	Evolución Clínica	70
5.6.	Clasificación actual de los Trastornos de la Conducta Alimentaria en el DSM-5	75
6.	IMPULSIVIDAD	79
7.	RETOS NOSOLÓGICOS SOBRE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.....	83
8.	PERSONALIDAD Y TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	88
8.1.	Influencia en la evolución clínica	88
8.2.	Adolescencia, Personalidad y Trastornos de la Conducta Alimentaria	96
8.3.	Personalidad y Anorexia	99
8.4.	Personalidad y Bulimia	102
9.	CONSECUENCIAS DE LA CONCURRENCIA DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD	104

9.1. Comorbilidad de la psicopatología de la personalidad en la evolución de los Trastornos de la Conducta Alimentaria	105
9.2. Influencia de los subtipos purgativo y no purgativo en la evolución	108
9.3. El abandono del tratamiento como resultado de la evolución	112
III. OBJETIVOS E HIPÓTESIS	115
IV. MATERIAL Y METODOS	116
1. CLÍNICA DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA COMO MARCO DE LA INVESTIGACIÓN	116
2. MATERIAL Y MÉTODOS DE LA EVALUACIÓN	120
2.1. Reclutamiento de la muestra	120
2.2. Evaluación Clínica	120
2.3. Cuestionarios Aplicados.....	121
3. ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	130
3.1. Preparación de los datos	130
3.2. Análisis descriptivo	131
3.3. Técnicas de contraste de hipótesis.....	134
4. CONSIDERACIONES ÉTICAS	137
V. RESULTADOS.....	138
1. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA	138
2. VARIABLES ASISTENCIALES Y SOCIODEMOGRÁFICAS	139
3. TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y GRAVEDAD CLÍNICA	145
3.1. Diagnóstico de Trastorno de la Conducta Alimentaria y gravedad	145
3.2. Subtipo purgativo/no purgativo y gravedad	168
3.3. Subtipo purgativo/ no purgativo y rasgos de personalidad	170
3.4 Diagnóstico Clínico y la variable personalidad	170
4. PERSONALIDAD Y GRAVEDAD CLÍNICA	174
4.1. Correlación entre rasgos patológicos de la personalidad y medidas de gravedad clínica	174

4.2.	Relación entre la presencia de rasgos de personalidad y las variables de gravedad clínica.	187
4.3.	Análisis univariante de personalidad y gravedad clínica	198
VI.	DISCUSIÓN.....	307
1	PERFILES CLÍNICOS DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y SU RELACIÓN CON LA GRAVEDAD	307
2	RASGOS PATOLÓGICOS DE LA PERSONALIDAD Y SU RELACIÓN CON LA GRAVEDAD DE LOS SÍNTOMAS	319
VII.	CONCLUSIONES.....	341
VIII.	BIBLIOGRAFÍA	343
IX.	ANEXOS.....	364

I. RESUMEN

1. Resumen en español

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas todas las ciencias incluidas las de la salud se han ocupado de diseñar protocolos y guías de actuación específicos como forma más eficiente de abordaje y tratamiento de diferentes materias. Específicamente en el ámbito de la Salud Mental se han venido a desarrollar Unidades especializadas así como guías y protocolos para el abordaje y la curación de distintas enfermedades mentales. Concretamente en los Trastornos de la Conducta Alimentaria ha habido un creciente interés y desarrollo de unidades de tratamiento específicas así como de estudios para una mejor comprensión y tratamiento de dichos trastornos.

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) constituyen en la actualidad un problema importante de salud, debido a la gravedad con la que pueden evolucionar en algunos casos y a la necesidad del diseño de un tratamiento especializado y multidisciplinar, a menudo complejo.

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria son complejos en la comprensión de su etiología, en su abordaje así como en su curación. Es un grupo de trastornos con un alto porcentaje de abandono de tratamientos así como con un alto porcentaje de cronicidad en su evolución.

Varios factores se han relacionado con la evolución crónica de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, destacan la intensidad y duración de la malnutrición, edad de comienzo y subtipo restrictivo o purgativo del trastorno, el cumplimiento terapéutico, la impulsividad y la presencia de sintomatología depresiva al inicio del trastorno alimentario.

El riesgo de trastornos asociados se incrementa a lo largo de la evolución del Trastorno de la Conducta Alimentaria, se estima que al menos el 50% de pacientes de inicio

adolescente tendrán un diagnóstico psiquiátrico distinto a TCA (principalmente trastornos afectivos) y casi un 25% pueden cumplir criterios de trastorno de personalidad a los 10 años de evolución. De hecho, se estima que la comorbilidad con un trastorno de la personalidad en adultas es de más de la mitad de los casos.

Existe una asociación significativa entre comorbilidad psiquiátrica y pronóstico y aquellos pacientes que alcanzan la recuperación completa del Trastorno de la Conducta Alimentaria tienen más probabilidades de superar otros trastornos psiquiátricos y de alcanzar una adecuada adaptación psicosocial.

En definitiva, entre otros, los trastornos de personalidad complican el pronóstico terapéutico de los Trastornos de la Conducta Alimentaria.

En este trabajo hemos querido centrar nuestro interés en la personalidad como un elemento que puede ejercer influencia en la gravedad clínica de los pacientes tanto en la aparición, desarrollo y evolución de un trastorno de la conducta alimentaria. Entendiendo por personalidad algo intrínseco al ser humano tenga éste o no un trastorno mental.

Teniendo en cuenta una visión dimensional de la personalidad en la que diferentes rasgos existen en todas las personas en mayor o menor medida, hemos evaluado la influencia de dichos rasgos de personalidad en la gravedad de los síntomas que aparecen en los Trastornos de la Conducta Alimentaria.

Hemos elegido un modelo de rasgos patológicos extraídos de la clasificación de los Trastornos de la Personalidad según la APA, puesto que nos resultan más útiles como modelo teórico común en el ámbito de la salud y ampliamente aceptado por los profesionales tanto de la psiquiatría como de la psicología.

Nuestro estudio pretende valorar el grado de influencia que la presencia de determinados rasgos patológicos de la personalidad pueda tener en la gravedad de los síntomas que presenten los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Entendemos que los TCA se ven agravados por aspectos como la depresión, la ansiedad, la impulsividad, el consumo de alcohol, el grado de conciencia de enfermedad así como ideas y conceptos sobre sí mismos.

MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio se realizó con una muestra de 212 pacientes diagnosticadas de trastorno de la conducta alimentaria según los criterios DSM-5 procedentes de la Clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid.

El diagnóstico así como todos los datos de la historia clínica fueron recogidos y valorados por un psiquiatra experto en Trastornos de la Conducta Alimentaria perteneciente a la Clínica de TCA.

Se analizaron las historias clínicas y los resultados de las pruebas administradas en el protocolo de dicha Unidad al inicio de las visitas. El protocolo consta de un Cuestionario de recogida de datos sociodemográficos así como una batería de cuestionarios de los cuales se obtuvieron los resultados que se valoraron posteriormente.

Todos los pacientes incluidos en el estudio eran del sexo femenino.

De acuerdo a los criterios diagnósticos DSM-5, 14 pacientes fueron diagnosticadas de anorexia nerviosa tipo restrictivo (ANR) (6,6%); 34 de anorexia nerviosa tipo compulsivo-purgativa (ANP) (16%); 132 de bulimia nerviosa (BN) (62,3%) y 32 de trastorno por atracón (TA) (15,1%).

El IMC en el momento de llegada a la Unidad tenía una media de 21,82 kg/m² (d=6,38), siendo el mínimo recogido 13,96 y el máximo 44,46.

La edad media de las pacientes de la muestra era de 29,65, siendo la menor edad 18 años y la mayor 60, con una desviación típica de 9,678.

Los datos se recogieron mediante entrevista clínica, se incluyeron los siguientes datos:

- Variables demográficas y clínicas. Diagnóstico del paciente: entrevista clínica en base a los criterios diagnósticos DSM-5

- Se aplicaron los siguientes instrumentos psicométricos de evaluación: EDI (Eating Disorder Inventory), BITE (Bulimic Investigatory Test Edinburgh), BIS-11 (Barratt Impulsiveness Scale), EAT (Eating Attitudes Test), ACTA (Cuestionario de Actitudes frente al cambio en los Trastornos de la Conducta Alimentaria), IPDE (Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad), AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test), BDI (Inventario de Depresión de Beck), STAI (Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo).

Se trata, por otra parte, de un análisis de tipo transversal realizado en el momento de la evaluación inicial del paciente.

Se ha llevado a cabo la prueba de la ANOVA de un factor para comparar las medias de las variables cuantitativas que miden gravedad entre los diferentes tipos de diagnóstico.

Para estudiar la relación entre las variables de gravedad y las variables de personalidad hemos utilizado el coeficiente de correlación de Pearson.

Se ha realizado la prueba de la t de Student de muestras independientes para comparar las medias de la gravedad clínica y los rasgos de personalidad, para comparar variables cuantitativas con distribución normal.

Cuando se trató de variables de tipo cualitativo, su comparación se basó en el test de la Chi cuadrado (X^2) que se empleó para analizar la relación entre la presencia de los rasgos de personalidad con la presencia de gravedad clínica de los síntomas.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Una vez analizados los datos y la influencia de los diferentes diagnósticos de Trastornos de la Conducta Alimentaria en las escalas que medían la gravedad clínica observamos que los diagnósticos que obtenían los peores resultados eran la Bulimia Nerviosa y la Anorexia Nerviosa Purgativa casi por igual. Diferenciándose de la Anorexia Nerviosa Restrictiva y los Trastornos por Atracón que obtenían en líneas generales mejores resultados.

No se observan apenas diferencias entre la Bulimia Nerviosa y la Anorexia NerviosaPurgativa respecto a la gravedad. El diagnóstico que mejores resultados obtiene y que presenta mejor pronóstico es el Trastorno por Atracón.

Los rasgos de personalidad que muestran tener influencia en el tipo de diagnóstico de TCA son el histriónico y el límite que se encuentran en la Bulimia Nerviosa. Ningún otro rasgo de personalidad se asocia a ningún diagnóstico concreto.

Los rasgos de personalidad que tienen influencia en las pacientes purgativas son el histriónico y el límite. El resto de rasgos no permite la diferenciación entre pacientes purgativas y no purgativas.

Hemos encontrado diferencias significativas en las medidas de gravedad clínica en función de determinados rasgos de personalidad.

En pacientes crónicas y graves los rasgos de la personalidad Paranoide, Esquizotípico, Límite y Evitativo condicionan una mayor gravedad. Por el contrario ser narcisista en un Trastorno de la Conducta Alimentaria comporta una menor gravedad clínica.

En el caso de la ansiedad estado, no hemos encontrado diferencias entre los distintos rasgos patológicos de personalidad en la ansiedad que presentan nuestras pacientes.

En el caso de la ansiedad como rasgo hay un rasgo de personalidad en el que la ansiedad va a ser mayor que es el rasgo límite de personalidad.

Los rasgos del clúster B tienen mayor impulsividad a excepción del rasgo narcisista. También los rasgos paranoide y esquizotípico del cluster A presentan mayor impulsividad.

Existe mayor tasa de depresión en los rasgos del cluster A y C y en el límite del cluster B.

El consumo de alcohol se asocia en nuestra muestra a los rasgos histriónico y antisocial.

2. Resumen en inglés

INTRODUCTION

In the recent decades all sciences, including health, have focused on designing protocols and specific action guides as a more efficient way to approach and treat different matters. Specifically, the Mental Health field has begun to develop specialised units, as well as guidelines and protocols, for addressing and healing several mental illnesses. Particularly in Eating Disorders there has been an increasing interest and development of specific treatment units, as well as research to provide a better understanding and treatment for these disorders.

Eating disorders (ED) now constitute a major health problem due to the severity with which they can evolve in some cases, and the need to design a specialised and multidisciplinary treatment which is often a complex procedure.

It is a difficult task to understand Eating Disorders' etiology, and how to approach the healing process. It is a group of disorders with a high treatment dropout rate, as well as a high percentage of chronicity in its evolution.

Several factors have been associated with the chronic evolution of EDs, in particular the intensity and duration of malnutrition, starting age, the restrictive or purging subtype of disorder, adherence to treatment, impulsivity and the presence of depressive symptoms at the beginning of the eating disorder.

The risk of associated disorders increases along the evolution of the ED; it is estimated that at least 50% of teenager onset patients will have a psychiatric diagnosis that differs from the ED (mainly affective disorders), and almost 25% can meet the criteria of personality disorder after 10 years of evolution. In fact, it is estimated that the comorbidity with a personality disorder in adults occurs in more than half the cases.

There is a significant association between psychiatric comorbidity and prognosis, and those patients who achieve a complete recovery of the ED to be more likely to overcome other psychiatric disorders and to achieve adequate psychosocial adaptation.

In short, among others, personality disorders complicate the therapeutic prognosis of Eating Disorders.

In this paper we have focused our interest on the personality as an element that can influence the clinical severity of the patients in the emergence, development and evolution of an Eating Disorder. We must understand personality as something intrinsic to an individual having a mental disorder or not.

Given a dimensional view of personality in which different features exist in all people in a greater or lesser extent, we have evaluated the influence of these personality features in the severity of symptoms which appear in Eating Disorders.

We have chosen a Pathological Features Model, extracted from the classification of Personality Disorders according to the APA, since it is more useful as a common theoretical model in the health field and widely accepted by both Psychiatry and the Psychology professionals.

Our study feature aims to assess the degree of influence that the presence of certain personality pathological features may have on the severity of the symptoms in Eating Disorders. We understand that eating disorders are worsened by issues such as depression, anxiety, impulsivity, alcohol consumption, the disease awareness, as well as an individual's ideas and concepts about themselves.

MATERIAL AND METHODS

The study was conducted with a sample of 212 patients diagnosed with an Eating Disorder according to DSM-5 criteria provided by the Eating Disorder Clinic of the Gregorio Marañón University General Hospital, Madrid.

The diagnosis and all medical history data were collected and evaluated by a psychiatrist expert in Eating Disorders from the ED Clinic.

Medical records and test results given in the protocol of the Unit at the beginning of the visits were analyzed. The protocol consists of a questionnaire to collect sociodemographic data as well as a battery of questionnaires from which the results that were obtained were subsequently evaluated.

All patients included in the study were female.

According to the DSM-5 diagnostic criteria, 14 patients were diagnosed with Restricting Type Anorexia Nervosa (RAN) (6.6%); 34 with Binge-Purging Type Anorexia Nervosa (B/PAN) (16%); 132 with Bulimia Nervosa (BN) (62.3%) and 32 with a Binge Eating Disorder (BED) (15.1%).

The BMI at the time of arrival at the Unit was an average of 21.82 kg/m^2 ($d = 6.38$); the minimum collected was 13.96 and maximum 44.46. The average age of the patients in the sample was 29.65, with the youngest being 18 and the eldest 60, with a standard deviation of 9.678.

The data was collected by clinical interview, and the following information was included: -Demographic and clinical variables. Patient diagnosis: clinical interview based on the diagnostic criteria DSM-5.

The following psychometric assessment tools were applied: EDI (Eating Disorder Inventory), BITE (Bulimic Investigatory Test Edinburgh), BIS-11 (Barratt Impulsiveness Scale), EAT (Eating Attitudes Test), ACTA (Attitudes towards Change in Eating Disorders), IPDE (International Personality Disorders Examination), AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test), BDI (Beck Depression Inventory), STAI (the State-Trait Anxiety Inventory).

Moreover, it is a transversal type analysis carried out at the time of the patients' initial assessment.

The ANOVA test of a factor to compare the average of quantitative variables that measure gravity between the different types of diagnosis was carried out.

To study the connection between the gravity variables and personality variables we used the Pearson Correlation Coefficient.

The student's t - test for independent samples was carried out to compare the average of the clinical severity and personality features, to compare quantitative variables with normal distribution.

When it came to qualitative variables, the comparison was based on the Chi Square test (χ^2) which was used to analyze the connection between the presence of personality features and the presence of clinical severity of symptoms.

RESULTS AND CONCLUSIONS

Having analyzed the data and the influence of the different diagnoses of ED in scales measuring the clinical severity, the diagnoses that obtained the worst results were the BN and the PAN almost equally, differing from the RAN and the ED which obtained generally better results.

There is little difference between BN and PNA. The diagnosis with the best results obtained and has the best prognosis is Binge Eating Disorder.

Personality features that show having an influence on the type of eating disorder diagnosis are the histrionic and limits found in the BN. No other personality feature is associated with any particular diagnosis. Personality features that influence purging patients are the histrionic and limit. All other features do not allow differentiation between purging and non-purging patients.

We found significant differences in the clinical severity measurements based on certain personality features.

In chronic and severe patients, paranoid, schizotypal, borderline and avoidant features resulted in a more severe condition. Conversely, being narcissistic in an ED has less clinical severity.

In the case of state anxiety, we have not found differences between pathological personality features in anxiety in our patients. In the case of anxiety, there is a personality feature in which anxiety is greater, and that is the Borderline Personality Feature.

Cluster B features have greater impulsivity except for the Narcissistic features. The paranoid and schizotypal features of the A cluster have greater impulsivity.

There is a high rate of depression in the cluster A and C features and in the borderline of cluster B. Alcohol consumption is associated in our sample to the histrionic and antisocial features.

II. ENCUADRE TEÓRICO

1. Introducción

Esta tesis doctoral surge de la preocupación por la evolución de las pacientes con trastornos de la conducta alimentaria (en adelante TCA) de la CLINICA TCA del Servicio de Psiquiatría B del Hospital Gregorio Marañón de Madrid. En este dispositivo abierto desde el año 2008 se vienen atendiendo a pacientes con TCA mayores de 18 años. La media de edad se sitúa en 30 años, en su mayoría (94%) son mujeres y la media de evolución de su enfermedad es de más de 7 años cuando llegan a este dispositivo, es decir son pacientes crónicas (Varela, Maldonado, Ferre 2011).

La observación de la cronicidad de la evolución de muchas pacientes y sobre todo de la diferente gravedad clínica en clara relación con aspectos de su personalidad, motivó el inicio de esta tesis.

La anorexia, bulimia nerviosa y cuadros afines son graves enfermedades mentales con un curso clínico variable, la mitad de los pacientes seguirán un curso clínico caracterizado por remisiones parciales o totales de los síntomas y algunas recaídas (Keski-Rahkonen, 2007, 2008). Sin embargo, aproximadamente un 20% de los casos mantienen durante años la psicopatología específica y las complicaciones médicas (especialmente desnutrición) además de asociarse a otros trastornos mentales (Steinhausen, 2009). Varios factores se han relacionado con la evolución crónica de los TCA, destacan la intensidad y duración de la malnutrición, edad de comienzo y subtipo restrictivo o purgativo del trastorno, el cumplimiento terapéutico, la impulsividad y la presencia de sintomatología depresiva al inicio del trastorno alimentario (Fichter et al., 2006; Keski-Rahkonen et al., 2014).

Si bien no existe consenso acerca de la definición de TCA crónico o resistente a tratamiento, se considera TCA crónicos aquellos pacientes con una duración del trastorno de más de 7 años, que han sido refractarios a varios tratamientos y en los que existen pocas expectativas de remisión (Calvo, 2011). Este grupo de pacientes representan un reto terapéutico considerable por la resistencia a las intervenciones

terapéuticas habituales que exige la adaptación de las mismas o bien el diseño de nuevos modelos de tratamiento que tengan en cuenta técnicas específicas de prevención terciaria.

El riesgo de trastornos asociados se incrementa a lo largo de la evolución del TCA, se estima que al menos el 50% de pacientes de inicio adolescente tendrán un diagnóstico psiquiátrico distinto a TCA (principalmente trastornos afectivos) y casi un 25% pueden cumplir criterios de trastorno de personalidad a los 10 años de evolución (Herpertz-Dahlmann, 2001). De hecho, se estima que la comorbilidad con un trastorno de la personalidad en adultas es de más de la mitad de los casos. Principalmente trastorno de la personalidad límite, trastorno de la personalidad evitativo y trastorno de la personalidad obsesivo. Además existe una asociación significativa entre comorbilidad psiquiátrica y pronóstico y aquellos pacientes que alcanzan la recuperación completa del TCA tienen más probabilidades de superar otros trastornos psiquiátricos y de alcanzar una adecuada adaptación psicosocial (Herpetz-Dahlmann et al 2001).

En los subtipos de TCA purgo-bulímicos y con características de personalidad de impulsividad, alta ansiedad e inestabilidad emocional es frecuente la comorbilidad con abuso de sustancias especialmente alcohol (Bulik et al 2004).

En definitiva, entre otros, los trastornos de personalidad complican el pronóstico terapéutico de la anorexia y de la bulimia nerviosa. Los trastornos de personalidad del grupo C, especialmente el obsesivo, el evitativo y el dependiente, son los más frecuentes en la anorexia. Y por el contrario, en la bulimia, la multi-impulsividad y el trastorno límite son los cuadros clínicos más significativos (Wonderlich, 1990; Vitousek y Manke 1994).

2. Justificación Clínica

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) constituyen en la actualidad un problema importante de salud, debido a la gravedad con la que pueden evolucionar en algunos casos y a la necesidad del diseño de un tratamiento especializado y multidisciplinar, a menudo complejo.

Según el Protocolo de los TCA del Instituto Nacional de la Salud (1995), se acepta una prevalencia cercana al 1% para la anorexia nerviosa (AN) y de 2-3% para la bulimia nerviosa (BN), en los países europeos. Para la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IV-TR) las cifras son similares, con una prevalencia de 0,5% para la AN y de 1-3% para la BN. Las dos fuentes establecen que nueve de cada diez personas que padecen TCA son mujeres.

La prevalencia estimada de los TCA encontrada en el último estudio realizado en Madrid fue del 5,34%, 0,33% de AN, del 2,29% de BN y del Trastorno de Conducta Alimentario No Especificado (TCANE) del 2,72% (Pelaez MA.,2007)

Existen diferentes enfoques a la hora de estudiar los trastornos mentales en general, que explican su aparición o mantenimiento atendiendo a diferentes factores causales. Sin embargo, en los últimos años hay una tendencia a buscar una explicación para la aparición de diferentes patologías que englobe distintos factores o diferentes disciplinas. Así, los factores que influyen en los TCA son genéticos, biológicos, psicológicos, socioculturales y familiares(Caglar-Nazali HP, 2013; Hoek 2003, 2006).

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) constituyen un grupo de trastornos mentales caracterizados por una conducta alterada ante la ingesta alimentaria o la aparición de comportamientos de control de peso. Esta alteración lleva como consecuencia problemas físicos o del funcionamiento psicosocial del individuo. Las actuales clasificaciones de los TCA incluyen la Anorexia Nerviosa (AN), la Bulimia Nerviosa (BN), el Trastorno por Atracón, la Pica, el Trastorno de rumiación, el Trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos y otras alteraciones menos específicas o incompletas denominadas Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificados (TCANE).(American Psychiatric Association, 2014).

Los TCA han sido relacionados en las dos últimas décadas con otros Trastornos mentales, siendo las más frecuentes los trastornos del estado de ánimo, el consumo de sustancias adictivas, los problemas de ansiedad y la fobia social, así como disfunciones sexuales. (American Psychiatric Association, 2014; Garfinkel, P.E., Lin, E, 1995).

Según recientes estudios los TCA se asocian a altos niveles de comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos del eje I y II según criterios DSM-IV-TR, especialmente con los trastornos de ansiedad, los trastornos del control de los impulsos y los trastornos por uso de sustancias. La comorbilidad de los TCA es mayor con trastornos de ansiedad, que con trastornos afectivos (54,5% frente a 13,9%). Los trastornos de ansiedad son la comorbilidad más frecuente dentro de cada categoría diagnóstica de TCA. Respecto al consumo de alcohol el 4 % de los pacientes de la muestra de nuestra Clínica TCA consumen de manera regular y perjudicial alcohol, de los cuales el 50% corresponden a los diagnosticados de BN purgativa, de la misma manera que aquellos pacientes que consumen de manera esporádica alcohol (59,4% de la muestra), el 77,8% son pacientes diagnosticados de BN. (Varela, Maldonado, Ferre, 2011)

De otro lado la comorbilidad de los TCA con Trastornos de la Personalidad, y esto es lo que compete a esta tesis doctoral, también ha sido ampliamente estudiada, pudiendo oscilar la tasa entre 51% al 84%, dependiendo de los estudios. La personalidad de las anoréxicas ha sido descrita como obsesiva, introvertida, socialmente insegura y dependiente. Por el contrario las bulímicas tienden a ser más multi-impulsivas y con escasa capacidad de autocontrol. Así mismo las anoréxicas y bulímicas afectadas de un trastorno de personalidad presentan una mayor frecuencia de atracones, vómitos y síntomas ansioso-depresivos, así como mayores dificultades de integración social e intentos de suicidio. (Gartner, Marcus, 1989; Wonderlich, Swift, 1990; Braun, Sunday, 1994; Steiger, Stotland, 1996; Matsunaga, Kaye, 2000).

Se estima además, que la presencia de alteraciones de la personalidad, sin llegar a ser diagnosticadas de Trastornos de la Personalidad, en pacientes con conducta alimentaria anómala oscila, según diferentes estudios entre un 53 y un 93%, pudiendo estimarse una media de un 59% y variando ésta en función de que se valoren pacientes ingresados (74%) o ambulatorios (54%). (Basurte E. 2004)

La personalidad se identifica como la parcela del funcionamiento personal que es resistente al cambio, se encuentra consolidada y posee una generalidad y coherencia de respuestas en distintos tiempos y contextos excluyendo lo situacional.

La personalidad se puede medir a partir de los rasgos que son una serie de pautas duraderas en la forma de percibir, pensar y relacionarse con el medio ambiente y con uno mismo, que ese hacen patentes en un amplio margen de contextos personales y sociales.

Las características que han de poseer esos rasgos para que adquieran el carácter de trastornos de personalidad es que sean inflexibles y desadaptativos, que causen incapacitación social significativa, disfunción ocupacional o malestar subjetivo. Dicho de otro modo los trastornos de personalidad producen sufrimiento personal, problemas laborales o problemas sociales.

Los Trastornos de Personalidad se corresponden con pautas de conducta inflexibles y no adaptativas, denotan problemas en el aprendizaje de estrategias de afrontamiento efectivas ante las dificultades cotidianas, generan conflictos interpersonales y conducen a limitaciones graves en la vida cotidiana. A diferencia de los trastornos mentales, son estables temporalmente y reflejan alteraciones globales de la persona. (Echeburúa, Marañón, 2001)

La discriminación de los síntomas de los trastornos de la personalidad de otros trastornos comórbidos simultáneos, como el caso de la concurrencia simultánea de los trastornos de alimentación en los que además hay, trastornos por uso de sustancias puede hacerse difícil. Muchas características atribuidas a los Trastornos de Alimentación pueden ser reducidas cuando el uso problemático de sustancias y el trastorno de personalidad son tratados, un hecho que puede incrementar el optimismo de los clínicos y los pacientes sobre los cambios terapéuticos. (Courbasson, Brunshaw, 2009).

Muchas veces las alteraciones de la personalidad no llegan a constituir un Trastorno de Personalidad. En este sentido hay autores que consideran que las dimensiones de personalidad tienen más validez que las categoriales a la hora de clasificar los Trastornos de personalidad y que la consideración de temperamentos y caracteres normales puede ayudar en la clínica a la hora de la toma de decisiones y los tratamientos a considerar (Karwautz et al. 2003).

3. Propósito y origen del estudio

El propósito de este estudio se centra en alcanzar una mejor comprensión de las pacientes que padecen Trastornos de Alimentación a través del estudio de los rasgos patológicos de personalidad que puedan presentar.

Este trabajo parte, en primer lugar, del concepto de la personalidad como constructo que nos permite acercarnos al conocimiento de las personas tengan estas o no una patología mental y parte también de la mirada de una investigadora que es psicóloga clínica con formación psicoanalítica previa.

En segundo lugar el interés del estudio de la personalidad surge de la necesidad de acercarnos de una manera más real a pacientes que cumplen criterios para algún trastorno psicológico o psiquiátrico. De manera que se pueda conocer mejor a la persona que padece dicho trastorno, adaptarnos mejor a sus necesidades y particularidades y dar una mejor respuesta al tratamiento de su enfermedad.

Parte de la hipótesis de que si conocemos la personalidad de los pacientes dada una determinada patología psiquiátrica nos resultará más fácil, entender, hacer predicciones, adaptarnos a sus características propias y por tanto a la consecución de mejores resultados psicoterapéuticos.

No todo el mundo tiene un trastorno mental pero sí tienen una personalidad. Y esa personalidad puede que ejerza alguna influencia en la aparición, desarrollo y curso de las enfermedades mentales. La personalidad es algo intrínseco a la existencia del ser humano y forma parte de las características propias.

Por eso mi acercamiento a la personalidad no está pensado desde la psicopatología, desde el punto de vista de la presencia o no de un trastorno sino desde características intrínsecas al ser humano, que forman parte de su naturaleza y que sólo en determinados casos constituirían un cuadro psicopatológico atendiendo a su disfuncionalidad, rigidez y dificultad de adaptación a situaciones nuevas.

En relación a la personalidad la gran mayoría de los estudios de comorbilidad en patologías psiquiátricas se han focalizado en los Trastornos de Personalidad como entidades nosológicas con unos claros criterios que conforman un cuadro psicopatológico siguiendo las directrices bien de la clasificación CIE 10 o bien del DSM-IV, antes de la reciente aparición del DSM-5.

En los trastornos de la alimentación este interés en la comorbilidad con trastornos de personalidad tiene su origen en los años 90 hasta prácticamente la actualidad.

Sin embargo, en la última década ha habido un acercamiento al estudio de los rasgos de personalidad así como a criterios de gravedad sintomática como una forma de perfilar mejor las características clínicas y personales de los pacientes.

En los últimos años hay diferentes estudios y líneas de investigación que abogan por un acercamiento a los trastornos de alimentación desde otras perspectivas que no se limiten a la clasificación al uso (DSM IV y CIE 10). Esto se debe a que en las últimas investigaciones se está encontrando evidencias de que sería más útil para la planificación y éxito de los tratamientos atender a otros factores que aparecen en los TCA y que no quedan recogidos en los criterios de enfermedad propuestos por dichas clasificaciones.(Segura-García et al. 2013) De manera que estos factores serían los indicadores de mayor gravedad del cuadro psicopatológico, dificultades añadidas, y posible peor pronóstico.Dichos factores son los que tienen que ver con la personalidad y factores emocionales (Pascual,Etxebarria, Cruz, Echeburúa 2011;Harrison,Sullivan, 2009; Hayaki, 2009; Waller, Mountford, Lawson, 2010), así como síntomas asociados como ansiedad(Davey, Chapman, 2009; Holtkamp, Müller, 2005; Buckner, Silgado, 2010), depresión (Holtkamp, Müller,2005), impulsividad(Newton, Freeman et al 1993) y consumo de sustancias(Becker 2015).

En el estudio de la personalidad las tradiciones psicoanalítica y la fenomenológica derivan sus conceptos de la observación clínica más que de la experimentación, reconocen que sus conceptos e hipótesis son aproximaciones muy amplias y poco

precisas a procesos complejos y tienen poco rigor científico en el sentido de que no se valora ni la cuantificación metodológica ni la precisión conceptual.

Existe además el problema de la falta de avance científico en la comprobación de sus teorías y conceptos. Si bien la gran mayoría de los profesionales de la salud mental valoran como fundamentales en su formación las bases de la concepción del psiquismo humano del psicoanálisis y las teorías psicodinámicas, a día de hoy no se ha desarrollado un modelo teórico compatible con los modelos de investigación científica impuestos y erigidos como exclusiva fuente de conocimiento.

Se califica a las teorías psicoanalíticas y psicodinámicas como poco rigurosas por la falta de comprobación científica de sus postulados. Sin contemplar la posibilidad de que tal vez el modelo científico no sea la opción más adecuada para abarcar todos los aspectos del ser humano. Sobre todo en lo concerniente a aspectos tan complejos y tan poco localizados cerebralmente como son los sentimientos, el autoconcepto, la fantasía y los ideales que al fin y al cabo son los asuntos sobre los que se estructura lo que venimos en llamar personalidad.

En cualquier caso, el interés de la doctoranda como psicóloga clínica que es, parte fundamentalmente de las dificultades que encuentra en su práctica clínica en el contexto actual de la salud mental y de acuerdo a los cánones imperantes en el sistema sanitario actual. Por lo tanto en esta tesis se intenta acercar la concepción teórica de la autora de la tesis a los modelos actuales de manera que las conclusiones sirvan para una mejor comprensión de los pacientes y una mejor respuesta a sus problemas para todos los profesionales que trabajan en la asistencia a estas personas, de manera que nos acerquemos lo máximo posible a un lenguaje común que sea lo suficientemente amplio para recoger distintas concepciones de la salud mental y aquí concretamente de la personalidad. Teniendo en cuenta que cualquier concepto que trate de aunar diversos puntos de vista deja de lado diferentes aspectos de cada uno de esos puntos de vista en pro de una comunicación más eficiente y consensuada.

Partiendo del estado actual de la situación, a día de hoy en la práctica clínica y sanitaria el esquema referencial al que mayoritariamente se hace recurre al hablar de Personalidad es al que se hace referencia en los sistemas clasificatorios de la enfermedad mental como son el DSM-5 y la CIE-10.

Si bien en ámbitos como el universitario, laboral, publicitario o divulgativo se emplea una variedad más amplia de concepciones teóricas sobre la personalidad, en el ámbito sanitario el acercamiento a la personalidad se hace generalmente en base a su grado de adaptación o no a unos cánones, lo cual representaría mayor o menor cercanía al concepto de salud.

Así la personalidad se define como patológica o no en base a unos criterios de inclusión.

El origen de esta tesis doctoral surge del interés en lograr una mayor comprensión de estos trastornos y de estas pacientes para que mejore su salud y su bienestar asociado a la salud. De manera que el acercamiento desde el que voy a entender la personalidad de estas pacientes es desde el de la patología. Si bien, mi interés no se centrará en el cumplimiento o no de un Trastorno de Personalidad diagnosticable para el que tendría que cumplir toda una serie de requisitos. El foco lo ponemos en la presencia de determinados rasgos patológicos de personalidad sin que lleguen a cumplirse todos los requisitos por los que se llegaría a conformar un cuadro de trastorno de personalidad, que es indicativo de una patología mental. Parto de la base de que todas las personas tienen personalidad y en algunos casos los rasgos que la conforman pueden resultar más desadaptados o más disfuncionales sin que lleguen a ser patológicos.

El propósito es detectar, antes de la aparición de un trastorno de personalidad o antes de la gravedad necesaria para el diagnóstico de un trastorno de personalidad, la presencia de algunos de esos rasgos que puedan estar influyendo en la gravedad y el mal pronóstico de la sintomatología de los TCA.

En el sistema clínico sanitario la personalidad es estudiada en la medida en que suponga una patología que esté influyendo negativamente en su bienestar o en su

adaptación a su vida cotidiana. La comprensión de la personalidad como parte de las características de una persona pertenece a otros ámbitos psicológicos.

El peligro de valorar exclusivamente pacientes con trastornos de personalidad radica en que puede haber pacientes que posean rasgos patológicos pero que al no cumplir todos los criterios de inclusión necesarios pasen desapercibidos. Además de que este sistema clasificaría dentro de un mismo trastorno de personalidad a personas que cumplan el número de criterios suficiente pero pudiendo existir una gran variedad en el tipo de criterios que se cumplen. Existiendo una amplia variabilidad dentro de un mismo trastorno de personalidad en función del tipo de rasgos o conductas que posea cada persona (Esbec, Echeburúa, 2011).

Una dificultad a la hora de enfrentarse al tratamiento de los TCA es que existe una tendencia a tratar tan solo las conductas alimentarias desadaptadas como meta fundamental en el tratamiento. Y si bien es cierto que la gravedad de los síntomas y las consecuencias de los trastornos mentales son más llamativas, generadoras de mayor sufrimiento e impiden más directamente la adaptación al medio del individuo que las padece, no deja de ser importante la comprensión de la personalidad del sujeto de cara a un diseño terapéutico. Ya que es bastante probable que la personalidad esté teniendo también un papel en la dificultada de adaptación así como en el sufrimiento percibido por el paciente.

Muchas veces si no hay diagnóstico porque no se haya llegado al umbral del punto de corte que define lo que es un trastorno de lo que no lo es, no se trata determinando aspecto. Y no se tiene en cuenta como posible elemento perturbador, agravante o limitante para una buena respuesta al tratamiento.

La labor de la psicología clínica a diferencia de la psiquiatría radica en la valoración de la patología de una persona en la que se tiene en cuenta su personalidad y sus características personales en función de su historia y sus circunstancias.

La psiquiatría intenta un acercamiento a la patología desde la medicina, comprendiendo y actuando sobre aspectos biológicos, bioquímicos y hereditarios

fundamentalmente. El trabajo está básicamente dirigido a la eliminación de los síntomas patológicos que generan malestar en el paciente, en la familia y el entorno.

La labor del psicólogo se centra en el sufrimiento del paciente y en la aparición de síntomas desde una comprensión de su personalidad, su modo de funcionamiento y relación con el entorno de manera que esos síntomas desaparezcan o se modifiquen a la luz de los cambios en los patrones de actuación y pensamiento.

Y para esa labor es fundamental la comprensión y conocimiento de los diferentes rasgos de personalidad, sobre todo los más patológicos por desadaptativos, de cada paciente. Este conocimiento permitirá a los clínicos un abordaje más personalizado y más adaptado a las dificultades de cada paciente.

4. Aproximación teórica a la personalidad en Psicología

El concepto de personalidad es complejo y controvertido. La personalidad se entiende como un todo que define a una persona en su forma de ser, de comportarse y de responder afectivamente. Lo cual supone un concepto inabarcable por abstracto y por vasto.

Sin embargo, durante siglos incluso se ha tratado de conceptualizar y clasificar la personalidad.

En psicología la búsqueda de rasgos personales que expliquen las diferencias intra e interindividuales se inicia con F. Galton a finales del s. XIX con el desarrollo de la psicología diferencial. Desde los estudios de Allport durante la primera mitad del pasado siglo hasta los modelos de Eysenk y el modelo de cinco factores (FFM), se han constituido varios modelos con distintas dimensiones.

Un primer acercamiento al tema nos lleva a una diferenciación entre distintos aspectos que pueden desglosarse dentro del concepto de lo que hace que una persona se muestre de determinada manera.

En primer lugar se encuentra el concepto de temperamento como aquello que es innato, heredado y la materia prima sobre la cual posteriormente se formará la personalidad.

El concepto de carácter hace referencia al resultado de actuar sobre esa “materia prima” mediante la interacción con el entorno y las personas que nos rodean y mediante las acciones educativas. Es, por tanto, adquirido, modificable y educable de manera que podemos controlar su manifestación externa. En la niñez y adolescencia vamos configurando el carácter, mediante el proceso relacional y educativo.

La Personalidad constituye la integración de los diferentes aspectos físicos y psíquicos de la persona, de su temperamento y su carácter y determina su modo de actuar. La personalidad de cada individuo es el resultado de la relación “característica” que tienen sus sistemas psíquicos: percepción, cognición, emoción, motivación y acción. Y es sobre todo en la acción, en su manera de comportarse y enfrentarse al medio donde se hace patente la personalidad.

4.1. Historia de la Personalidad

El estudio de la personalidad se puede remontar a la antigua Grecia. La palabra “persona” se utilizaba para referirse a la máscara utilizada en las representaciones teatrales en Grecia. Los griegos se interesaron por personificar diferentes papeles, para lo que las personas utilizaban máscaras que cubrían sus rostros que les permitía representar distintos estilos de vida diferentes a los propios, sin dejar de ser ellos mismos.

El punto de partida del sistema categorial y de intento clasificatorio de la personalidad surge con la teoría humoral de Hipócrates para quien el equilibrio entre los humores (bilis negra, bilis, flema y sangre) daba lugar a los cuatro temperamentos o personalidad (colérico, melancólico, sanguíneo y flemático).(Myers 2006)

Posteriormente Galeno asoció el temperamento colérico a la irascibilidad, el sanguíneo al optimismo, el melancólico a la tristeza y el flemático a la apatía.

La psiquiatría descriptiva a principios de siglo

Kraepelin descubrió dos tipos de personalidades previas entre los antecedentes de la demencia, una disposición ciclotímica y un temperamento autista. Así mismo describió una serie de personalidades patológicas que eran la hipomaniaca, depresiva, irascible y emocionalmente inestable. (Kraepelin, & Diefendorf, 1915; Kraepelin 1971)

Años más tarde Schneider (1923) con la misma idea de la existencia de personalidades previas que eran las precursoras de otros trastornos mentales describió 10 tipos diferentes. Las personalidades hipertímicas, las depresivas, las inseguras, las fanáticas, las buscadoras de atención, las lábiles, las explosivas, las personalidades sin afecto, las de voluntad débil y la asténica.

Kretschmer

En sus primeras aproximaciones intentó hacer una categorización en base a las diferencias morfológicas. Intentó relacionar esas diferencias con la esquizofrenia y la psicosis maniaco-depresiva. Estudió así mismo el carácter premórbido de estas dos patologías y los temperamentos normales.

Clasificó a las personas en cuatro tipos diferentes basándose en sus características físicas. La tipología pícnica que se caracteriza por un tórax y abdomen ancho y extremidades débiles y poco musculosas tendentes a la obesidad. Por otro lado el carácter atlético con un desarrollo muscular generalizado y esqueleto fuerte. El asténico que tiene una estructura ósea delicada y musculatura delgada. El displásico que tiene una estructura corporal desgarrada. (Kretschmer 1925)

Kretschmer intentó relacionar los distintos rasgos con diferentes patologías.

4.2. Perspectivas psicológicas actuales de la Personalidad

4.2.1. Teoría de los rasgos

Hans Eysenck (1970) definió la personalidad como una organización estable y perdurable del carácter, del temperamento, del intelecto y del físico de la persona, lo cual permite su adaptación al ambiente. Esta definición está originada a partir del orden de las fuerzas biológicas, la tipología histórica y la teoría del aprendizaje, estableciendo así la base de la personalidad compuesta por tres dimensiones: introversión-extroversión, neuroticismo (síntomas relacionados con la ansiedad) y psicoticismo (conducta desorganizada) (Montaño, Palacios, 2009).

Eysenck (1947, 1970) realizó una revisión acerca de las teorías del temperamento con la que logró dar explicación a los factores o dimensiones de la personalidad: introversión en contraposición con extroversión y emocionalidad en contraposición con estabilidad. La primera dimensión determina que una persona sea sociable y participativa al relacionarse con otros sujetos. Extroversión-introversión es una dimensión continua que varía entre individuos, tendiendo algunos a ser más amistosos, impulsivos y extrovertidos mientras que otros se inclinan por ser más reservados, callados y tímidos.

La dimensión de emocionalidad, en contraposición con estabilidad, se refiere a la capacidad de adaptación de un individuo al ambiente y a la estabilidad de esta conducta a través del tiempo. (Engel, 1996)

Algunas personas son más estables emocionalmente de una manera integral mientras que otras suelen ser más impredecibles. Existen dos extremos de esta dimensión en los que fácilmente una persona puede encajar o no; en uno de los extremos las personas son emocionalmente más inestables, intensas y se exaltan con facilidad o por el contrario son malhumoradas, ansiosas e intranquilas; en el otro extremo se encontrarían las personas que son más estables a nivel emocional, calmadas, confiables y despreocupadas.

La dimensión denominada psicoticismo se caracteriza por la pérdida o ausencia del principio de realidad caracterizado por la incapacidad para distinguir entre los acontecimientos reales o imaginados.

Modelos factoriales

En los años ochenta se produce un resurgir de los enfoques que plantean el estudio de la personalidad mediante el análisis factorial, utilizando como “materia prima” los términos del lenguaje natural.

El antecedente inmediato lo constituyen los trabajos de Cattell en la década de los cuarenta cuando iniciaba sus estudios de personalidad.

El resultado de este resurgir del estudio factorial del léxico es la formulación del modelo de los cinco factores.

Modelo de Costa y McCrae

Costa y McCrae (1995, 1997) han ido más allá de la simple identificación de factores, puesto que proponen un modelo comparable al de Eysenck o Cattell, en el sentido de que no es únicamente descriptivo, pues pretenden justificar la naturaleza de los rasgos, describir sus relaciones y proponer utilidades del mismo en el contexto profesional y aplicado.

McCrae y Costa han demostrado que utilizando instrumentos distintos y variados formatos de aplicación se llega a la misma solución de cinco factores, a los cuales dan la siguiente interpretación:

- Neuroticismo vs estabilidad emocional (Neuroticism):

Este factor se refiere al ajuste emocional. Las personas con características de esta dimensión son proclives al malestar psicológico, con ideas poco realistas, necesidades excesivas o dificultades para tolerar la frustración. Se define por términos como preocupado, inseguro, con tendencia a las emociones negativas como ansiedad, depresión y desconcierto. Se relaciona también con comportamientos impulsivos.

- Extraversión o surgencia: (Extraversión)

Se refiere a la cantidad e intensidad de las interacciones interpersonales. El núcleo fundamental es la sociabilidad, la tendencia hacia la diversión y se asocia a emociones positivas.

- Apertura a la experiencia (Openness):

Evalúa la búsqueda y apreciación de experiencias, el gusto por lo desconocido y su exploración.

- Cordialidad vs. Antagonismo (Agreeableness):

Esta dimensión recoge la cualidad de la interacción social. La persona que puntuase alto en el polo de la cordialidad es empática, cree que la mayoría de la gente se comportará de forma semejante a él. En el polo opuesto se encontrarían personas cínicas, suspicaces, poco cooperativas, irritables, críticas, insensibles, tendentes a la venganza y opositores.

- Responsabilidad vs. Negligencia (Conscientiousness):

Este factor refleja el grado de organización, persistencia, control y motivación en la conducta dirigida a metas. Incluye facetas como la autodisciplina y la deliberación.

El modelo Zuckerman

El modelo Zuckerman(1979) es un esquema diferente, aunque también de cinco factores que son los llamados «Cinco Alternativos», (Zuckerman, Kuhlman, Joireman, Teta y Kraft, 1993). Es un modelo factorial-biológico. El autor ha elaborado un modelo de personalidad partiendo de sus investigaciones en torno a la dimensión “Búsqueda de sensaciones”. Zuckerman observó que los individuos diferían en sus respuestas a la privación sensorial, unos la toleraban muy bien, mientras que otros reaccionaban muy negativamente. Para explicar estas diferencias postuló una nueva dimensión del temperamento, muy relacionada con el modelo de Eysenck, que bautizaría con el nombre de “búsqueda de sensaciones”: necesidad de recibir sensaciones nuevas,

variadas y complejas provenientes de experiencias y la voluntad por sentir riesgos físicos y sociales por tomar parte en esas experiencias.

Este rasgo está formado por cuatro subdimensiones más específicas: búsqueda de aventura y riesgo; búsqueda de experiencias; desinhibición y susceptibilidad al aburrimiento.

Los individuos que puntúan alto en esta dimensión se pueden encontrar entre: delincuentes, consumidores de drogas, psicópatas, así como poblaciones de alpinistas, deportistas de aventura, policías, guardaespaldas e individuos que por su actividad cotidiana ponen a prueba sus recursos personales.

El modelo de Cloninger

Cloninger ha desarrollado, en los últimos 15 años (1993; 1994; 1998; 2004), un método de evaluación de la personalidad basado en los conocimientos actuales de la psicobiología de la conducta, su modelo también se considera factorial-biológico.

Cloninger ha realizado una evolución del concepto de personalidad y de su desarrollo. En un primer momento su interés se focalizó en el temperamento considerando que la personalidad se podía conceptualizar por las diferencias individuales de las sensaciones físicas. Posteriormente considera a la persona como un conjunto formado por el temperamento y el carácter. De esta manera en su nuevo concepto de personalidad se incorporaría la idea de la mente y no solo del cuerpo. El nuevo elemento incorporado, el carácter, serían los procesos cognitivos que regularían los instintos emocionales. Por último Cloninger implica en su teoría el espíritu y habla de “coherencia del ser” como la unidad de las funciones en todos los aspectos del ser humano. (Cloninger CR. 2004)

El temperamento se puede describir como los hábitos y habilidades que son inducidos por los estímulos percibidos por los sentidos físicos y se correspondería con el núcleo emocional de la personalidad.

Su modelo incluye cuatro variables temperamentales: 1) Búsqueda de novedad (NS) que tiene que ver con impulsividad exploratoria vs estoicismo y frugalidad, 2) Evitación del Riesgo (HA) (tendencia a la ansiedad vs toma de riesgos y la fuerza) 3) Dependencia de la recompensa (RD) (vinculación social vs soledad) y 4) Persistencia (P).

Cloninger se refiere al temperamento como el componente de la personalidad que incluye las respuestas asociativas automáticas que se producen ante estímulos simples y que determinan las diferencias y la variabilidad en las respuestas emocionales tales como miedo (Evitación del riesgo-HA-), ira (Búsqueda de novedad-NS-) y asco (Dependencia de la recompensa -RD-).

Desde un punto de vista clínico hay estudios (Svrakic, Whitehead, 1993) que avalan que estas dimensiones temperamentales son útiles en la distinción de los subtipos de trastornos de personalidad del sistema clasificatorio DSM. Los trastornos incluidos en el Cluster C se correlacionan con elevada Evitación del riesgo. Por otro lado el Cluster B correlaciona con Búsqueda de novedad. Los trastornos incluidos en el Cluster A se asociarían a baja dependencia en la recompensa.

El carácter se refiere a los componentes de la personalidad relacionados con la empatía, el control ejecutivo o la cooperación. Está en relación con los procesos cognitivos superiores (la lógica, la evaluación, la construcción y los símbolos abstractos) que producen las diferencias individuales. Estas diferencias se reflejan en el procesamiento de metas y de valores de los individuos maduros. (Bayon, 1996; Svrakic, 2002)

La internalización de las representaciones conceptuales de sí mismo y del entorno desarrollan los diferentes rasgos del carácter y permite la adaptación de las emociones básicas a los cambios en el ambiente. De esta manera se desarrollan un conjunto de

emociones secundarias como la paciencia, el orgullo, la vergüenza, la empatía, etc., que forman parte del carácter.

Los sistemas neurobiológicos temperamentales son los que determinarían la manera con que cada persona percibe, codifica y almacena la información del ambiente. Y el aprendizaje implica la recepción, el procesamiento y el modo de almacenamiento de la información sobre el entorno. (Bayon 1996)

El aprendizaje conceptual se encuentra en la base del desarrollo del carácter. Esto implica procesos como la simbolización y la abstracción que va a ser lo que permita al individuo representar fenómenos complejos. Creando para ello conceptos, modelos o imágenes que se puedan recuperar de forma consciente y ser analizados desde la lógica. Este aprendizaje conceptual, pues, permite a las personas organizar planes futuros y tener propósitos, evitando así actuar de forma automática ante las diferentes circunstancias.

Cloninger (1993) identificó tres variables caracteriales: 1) Autodirección (Self Directiveness –SD-) que es la habilidad de la persona para controlar, regular y adaptar la conducta ajustándola a la situación de acuerdo con sus propias metas y valores; 2) Cooperación (Cooperation –C-) que se refiere comportamientos éticos o prosociales, a la capacidad de aceptar, identificarse y colaborar con los demás; 3) Autotrascendencia (Self Transcendence-ST-) que agrupa características de espiritualidad, misticismo, pensamiento mágico y religioso, así como la visión de uno mismo como parte integral del universo.

Desde este modelo los trastornos de personalidad se definen como variaciones extremas de los rasgos del temperamento que producen un fracaso en conseguir los logros de identidad, vinculación e intimidad. Las principales dimensiones del carácter (Autodirección y Cooperación) son las que determinarán la presencia o ausencia del diagnóstico.

Según Svrakic y cols (1993) las puntuaciones bajas en las dimensiones de carácter Autodirección y Cooperación correlacionan con un número elevado de síntomas de cualquier trastorno de personalidad.

Cloninger diseñó una escala para valorar la personalidad según su modelo teórico que es el TCI (Cloninger 1994).

4.2.2. Teorías Integradoras

El modelo biosocial-evolucionista de Millon

La propuesta que mayor grado de integración alcanza y que mayor difusión tiene en la actualidad es el “modelo evolutivo” de Millon (1990) que, además de incluir aspectos cognitivos, conductuales y biológicos, incluye algunos derivados de perspectivas interpersonales. Tal y como resume Montaña (2009) Millon atribuía posibles efectos en la personalidad a las variables biológicas como lo hacía con las variables psicosociales, combinando esta propuesta teórica con la naturaleza del refuerzo (positiva, negativa o ninguna) y la fuente del refuerzo (yo, otros, ambivalente o alineada) con la conducta instrumental (activa o pasiva).

El modelo actual de Millon extrae, de las perspectivas psicodinámica, cognitiva, interpersonal y biológica, diferentes ámbitos de manifestación de la personalidad. Estos serían: mecanismos de defensa, representaciones objetales, autoimagen, estilo cognitivo, comportamiento interpersonal y estado de ánimo/temperamento (González, Pérez & Redondo, 2007).

El Cuestionario de Personalidad basado en el modelo de Millon es el MCMI. (Millon 1997).

4.2.3 Teorías Psicoanalíticas

Freud

Freud es el padre y creador de la teoría psicoanalítica. Es una teoría holística del funcionamiento del psiquismo humano y de las causas del sufrimiento y la aparición de síntomas psicológicos.

Freud no dio una definición de personalidad ni una clasificación de ella. Sin embargo en sus escritos alguna vez hizo referencia al término personalidad y carácter.

No le interesó hacer una categorización de las personalidades alteradas. Hizo una categorización de las alteraciones mentales en función más que de los síntomas, del funcionamiento de las personas a la hora de enfrentar las demandas y deseos del inconsciente y su adaptación a los requisitos sociales y culturales.

Su teoría era psicogenética ya que para él las vivencias tempranas ponían en marcha una serie de sistemas defensivos que se convertían en repetitivos, llevando al individuo a reaccionar ante situaciones de la misma manera en que se actuó y reaccionó en la infancia. Esta tendencia a actuar según esos modos defensivos de reacción persiste a lo largo de la vida. Para Freud todas las personas empleaban evolutivamente una serie de mecanismos de defensa frente a la imposibilidad de hacer frente a las demandas del inconsciente. Estos mecanismos eran universales y su aparición y empleo estaban determinados evolutivamente en función de las capacidades que el niño va adquiriendo, de los diferentes impulsos a los que se tiene que hacer frente y de los diferentes retos evolutivos a los que se enfrenta progresivamente el niño.

Los mecanismos de defensa son universales ya que todas las personas (*“sujetos”* en la terminología psicoanalítica) hacen uso de todos y cada uno de ellos en distintos momentos evolutivos a los que el niño tiene que hacer frente. Y que van abandonándose a medida que aparecen otros en el desarrollo más evolucionados por

más adaptativos a las demandas del medio social en el que se forma inevitablemente nuestro aparato psíquico.

Para S.Freud los rasgos de personalidad están relacionados con la fijación en una de las fases del desarrollo psicosexual, así las personas orales son pasivas y dependientes debido a su fijación oral, que les lleva a depender de los demás para alimentarse. Las personas que quedaron fijadas en el carácter anal debido a la dificultad que tuvieron en el aprendizaje de las conductas excretora tienden a ser concienzudas y testarudas. Y las personas con caracteres fálicos están enfocadas a la competitividad a la seducción.

Para Freud el aparato psíquico estaba formada por tres instancias que eran el *ello*, el *yo* y el *superyó*. Estas instancias ilustran la manera en que se organiza la mente en su relación con el mundo exterior. De manera que en el *ello* se sitúan los impulsos y deseos propios del ser humano, son impulsos de autoconservación, sexuales y agresivos, que hay que mantener alejados del mundo exterior y de los otros. El *yo* es la parte del sujeto que va a mediar entre el mundo exterior con sus demandas de adaptación cultural y social y los impulsos que pugnan por salir del *ello* para satisfacerse. Para esto el *yo* emplea un sistema corrector o de control a modo de censura que le da las directrices sobre lo que se puede o no satisfacer en el exterior y de qué manera hacerlo. Esta instancia censora es el *superyó* que se forma por la interiorización de las normas y las exigencias del exterior. Dichas normas son inicialmente una imposición de los padres en forma de leyes que hay que cumplir y que a medida que el niño crece las va interiorizando como suyas en su *superyó*, identificándolas como propias.

Por lo tanto el *yo* es la instancia mediadora entre los deseos del *ello* y las imposiciones del mundo exterior. El *yo* es lo que se ve desde el exterior y con lo que se relacionan los otros.

Por otro lado para Freud existían tres modos de funcionamiento mental en base al grado de conocimiento que el propio sujeto tenga de su comportamiento.

Los tres modos de funcionamiento del psiquismo son el inconsciente, consciente y preconscious.

El inconsciente sería todo aquello de lo que el sujeto no tiene conocimiento sobre sí mismo. Está formado por deseos, impulsos, modos de responder, motivos, etc. que pertenecen al propio sujeto pero sobre lo que no tiene conocimiento ni es consciente de su existencia. El consciente es toda la parte del sujeto de la que tiene conocimiento y sobre la que tiene voluntad e intencionalidad. El preconscious es un modo de funcionamiento intermedio, estando fundamentalmente incluido en el inconsciente pero recuperable para la conciencia a instancias del propio sujeto.

Lo que se conoce como personalidad se situaría en el *yo* del sujeto. Es la parte visible de la persona y la parte que funciona regida fundamentalmente por la voluntad y por tanto la conciencia. Sin embargo, no todo el *yo* es consciente para el propio sujeto. Es decir, la propia persona en su funcionamiento de cara al mundo exterior y de cara a sí mismo está siendo influenciada por deseos y modos de defenderse de esos deseos de los que no tiene conciencia.

Freud explica que en su intento de mediar entre los impulsos del *ello* y las exigencias del mundo exterior el *yo* emplea una serie de mecanismos de defensa para poder llegar a una solución de compromiso que permita a ambas instancias resultar lo más satisfechas posible a la vez. Ese al final es el trabajo continuo del *yo*, el de mediar entre los impulsos del *ello* y las exigencias del mundo exterior.

Los mecanismos de defensa son diferentes formas de actuar y de pensar de manera que resulte posible esa convivencia entre esos dos ámbitos con intereses la mayoría de las veces contrapuestos.

Los diferentes mecanismos de defensa van apareciendo evolutivamente para todas las personas en los mismos momentos de nuestro desarrollo. Sin embargo, en la medida en que nuestras vivencias en esos diferentes momentos hayan sido más o menos traumáticas y esos mecanismos nos hayan resultado más o menos exitosos cada persona empleará en mayor o menor medida algunos de ellos.

Esto es una de las cosas que permite diferenciarnos a unos de otros. A parte de la carga de impulsos o pulsiones con la que venimos determinados genéticamente, se une las experiencias propias de cada uno en el desarrollo y finalmente los mecanismos que con más tendencia utiliza el sujeto a la hora de mediar entre el ello y el mundo exterior.

De esa manera cada sujeto se diferencia de otro, entre otras cosas como he señalado anteriormente, no por los impulsos del *ello* que son universales, ni por los mecanismos de defensa que son universales sino por el grado en que empleamos esos mecanismos en nuestra tarea de mediadores y por el uso de algunos de ellos cuando tendrían que haber sido ya abandonados al entrar en otra etapa evolutiva que nos dota de otros mecanismos más evolucionados.

Muy resumidamente esto sería lo que hace a una persona ser como es y comportarse como se comporta.

Teniendo en cuenta que la personalidad es un concepto que supone cierta estabilidad en el funcionamiento de las personas en diferentes situaciones y que es algo que identifica y diferencia a unos de otros. Podemos pensar que para Freud la personalidad sería esa tendencia estable a comportarse y enfrentar los conflictos en base a una serie de características (empleo de los diferentes mecanismos de defensa) que se mantienen en el manejo de situaciones diferentes.

Los Mecanismos de defensa fueron ampliamente estudiados e identificados por Anna Freud en su obra “El yo y los mecanismos de defensa” en 1936. Estos mecanismos se pueden resumir en los siguientes:

Represión: elimina de la conciencia la angustia procedente de pensamientos, sentimientos y recuerdos.

Regresión: frente a la angustia la persona retrocede a una etapa psicosexual más infantil, en la que la energía psíquica permanece fijada.

Formación reactiva: el yo reemplaza en forma inconsciente los impulsos inaceptables en los opuestos (expresar sentimientos que son opuestos a los sentimientos inconscientes que producen angustia).

Proyección: la persona disimula sus impulsos amenazantes atribuyéndolos a los otros.

Racionalización: elabora explicaciones para autojustificarse en lugar de dar las verdaderas razones inconscientes de las acciones personales que son más amenazantes.

Desplazamiento: desvío de los impulsos agresivos y sexuales hacia un objeto o persona más aceptable o menos amenazante, como cuando canalizamos la ira hacia una válvula de escape más segura.

Wilhem Reich

Partiendo de las bases del psicoanálisis que elaboró Freud, se enriqueció la comprensión del concepto de personalidad con las aportaciones de Wilhelm Reich para el que según el estadio psicosexual en que se hayan producido las dificultades de superación por parte del sujeto, existen tres tipos de caracteres. Para Reich(1957)el carácter era una forma de defensa contras las amenazas tanto internas como externas.

Los tipos de carácter que identificó son: el *carácter oral* con una diferenciación entre una tendencia más dependiente y otra más sádica o agresiva; el *carácter anal* que tiene características de corte obsesivo y controlador; y el *carácter fálico* cuyos rasgos característicos son la vanidad y el descaro.

Los caracteres orales dependientes estarían caracterizados por el optimismo, son despreocupados y emocionalmente inmaduros con tendencia a la dependencia y a la pasividad.

Los caracteres orales sádicos se caracterizan por el sarcasmo y la hostilidad verbal, tendentes a culpabilizar al exterior de los males propios, propio de personas malhumoradas.

Los caracteres anales expulsivos se caracterizan por la suspicacia, una manifiesta autoafirmación, negativismo y desorden.

Los caracteres anales retentivos son obstinados, ordenados, meticulosos y perfeccionistas.

Dentro de los caracteres fálicos se encuentra el carácter fálico narcisista cuyos rasgos son la vanidad, el descaro, la arrogancia, la frialdad y la agresividad defensiva, con una gran necesidad de atención y protagonismo. Por otro lado se encuentran los caracteres histérico-narcisistas que se trata de personas con poca capacidad para la sublimación de los impulsos, son temerosos, superficiales, seductores y con inestabilidad en las relaciones interpersonales como rasgos característicos histéricos.

Los rasgos más masoquistas tienen que ver con una actitud de queja, de autocrítica, de tendencia a atormentarse y tienen tendencia a buscar el amor y el afecto de los demás.

Jung.

Carl Gustav Jung distinguió entre extraversión e introversión como polos opuestos. La extraversión representa un flujo de energía hacia el mundo externo, mientras que la introversión representa un flujo de energía hacia el mundo interno. (Jung 1921). Existen además según él, cuatro modalidades psicológicas que a su vez interactúan con la introversión y la extroversión. Estas modalidades psicológicas de adaptación son el pensamiento, el sentimiento, la sensación y la intuición. El sentimiento es un proceso subjetivo y se encuentra afectado por los valores personales. El pensamiento hace referencia al acto de pensar de forma lógica e intencionada. La sensación se refiere a las percepciones ligadas al momento, que se experimentan de forma inmediata a través de los sentidos. La intuición se corresponde con una orientación futura de anticipación de situaciones posibles.

Combinando la extroversión e introversión con cada una de las cuatro funciones psicológicas Jung creó ocho tipologías básicas. El tipo extrovertido-pensativo que tiende a basar sus acciones en valoraciones intelectuales. El tipo extrovertido-

sentimental en el que predomina la voluntad de adaptación a la expectativa del exterior. El extrovertido-sensible es el tipo que corresponde a personas que buscan el placer, con poca tendencia a la reflexión. El tipo extrovertido-intuitivo busca la novedad y tolera mal la estabilidad pues es vivida como monótona. El introvertido-pensativo sus conclusiones las obtiene de reflexiones subjetivas, tiene escaso interés por conseguir la aprobación de los demás. El tipo introvertido-sentimental es poco comunicativo, su sensibilidad es expresada con dificultad a los otros. El tipo introvertido-sensible, en estas personas no existe una relación lógica entre la realidad y la respuesta subjetiva. Tienden a actuar de forma impredecible y suelen estar interesadas en cuestiones espirituales. El tipo introvertido –intuitivo suelen parecer distantes y ajenas a la realidad convencional.

Horney

Karen Horney (1937) identificó tres formas principales de relación a las que definía como “moverse hacia la gente” o “alejarse de la gente” o “moverse contra la gente”. Las personas con tendencia a moverse hacia la gente son personas con una gran necesidad de afecto y aprobación. Están convencidos de que el amor soluciona todos los problemas. La autoestima está muy influenciada por las opiniones de los demás, tienden a la autoculpabilización, la pasividad, la indefensión. En su forma más extrema la persona mantiene una posición masoquista.

En movimiento “contra” es agresivo, niegan las debilidades propias. Dentro de este grupo se diferencian distintas formas de actuar, las personas más narcisista con una imagen de sí mismo idealizada, los perfeccionistas tratan de ajustarse de forma rígida a los estándares sociales. Y en último lugar con un componente más agresivo son personas omnipotentes y tienden a satisfacerse mediante el sometimiento de los demás.

El movimiento de alejamiento es la característica de las personas que tratan de evitar de forma activa a los demás. Tienen la idea de que esas relaciones con los demás les acarrearán conflicto y frustración.

Fromm

Erich Fromm (1986) se apartó de las teorías de Freud cuestionando la importancia que este atribuía a las fuerzas libidinosas como los elementos principales que constituían el carácter. Centró parte de su interés en analizar las relaciones intrafamiliares que se establecían entre padres e hijos.

Llegó a clasificar la personalidad en cinco tipos, a las que llama orientaciones en términos económicos:

La orientación receptiva. Se trata de personas que esperan conseguir del exterior lo que necesitan, tienen una necesidad extrema de apoyo externo, por parte de familiares y amigos. Esta orientación está asociada a familias simbióticas con niños muy protegidos y controlados por los padres. Estas personalidades son similares a la oral de Freud.

La orientación explotadora. Estas personas esperan conseguir lo que desean a través de la explotación de otros. Son personas pesimistas, suspicaces, con poca capacidad de producción o creación por ellos mismos. En los extremos, son sujetos agresivos, seductores y engreídos. Esta personalidad se asemeja a la oral-sádica del psicoanálisis tradicional.

La orientación acaparadora. Son personas rígidas, excesivamente ordenadas, con dificultad para expresar afectos y compartir con los demás. Es la personalidad que más se asemeja a la anal-retentiva de Freud. La retención está asociada a las formas más frías de familias apartadas y con destructividad.

La orientación mercantil. Son personas que se ajustan a las expectativas o a los requerimientos externos. Se trata de personas superficiales, sin estabilidad interna pues continuamente se adaptan a los demás y sus relaciones son poco sinceras y profundas.

La orientación productiva. Existe, no obstante, una personalidad más sana, es aquella que desarrolla su potencial, piensa de manera independiente, respeta a los demás con capacidad de empatía.

4.2.4. Rasgos patológicos de personalidad

Como hemos visto es difícil encontrar una definición de lo que es la personalidad y un consenso respecto a dos cosas: en primer lugar el concepto de personalidad, en el sentido de qué cosas son las que forman parte de la personalidad, por ejemplo si es algo de lo que uno tiene un autoconcepto o un autoconocimiento o no (si es algo inconsciente o la persona tiene conciencia de su propia personalidad), si son formas de sentir o simplemente las conductas observables, o ambos aspectos....; y en segundo lugar dentro del vasto espectro de posibles adjetivos para la descripción de las personas cuáles son los adecuados para describir la personalidad y cuáles no. Por ejemplo, adjetivos como guapo/a probablemente tenga un consenso respecto a lo inadecuado para explicar la personalidad de alguien, pero el adjetivo amable, ¿formaría parte de la personalidad de alguien? ¿sería un aspecto que se considere esencial en la descripción de una persona a la hora de entender una forma de comportarse y una actitud estable o simplemente sería un modo superficial de relacionarse con los demás?

Resulta altamente complejo encontrar un consenso respecto a lo que es la personalidad para los diferentes profesionales de la psicología y la psiquiatría además de alcanzar un consenso respecto a qué datos, adjetivos, áreas de funcionamiento de las personas son las que deberían formar parte de lo que se denomina personalidad.

Se han desarrollado diferentes modelos explicativos desde los que hacen una aproximación más idiosincrática de la persona, en la que se tienen en cuenta aspectos más individuales de cada uno como el psicoanálisis, hasta teorías que basan su explicación en la extracción de unas dimensiones comunes para todas las personas mediante análisis estadísticos que aíslan una serie de factores a los que se les da a posteriori una definición, significación y un contenido teórico. Dentro de estos últimos en función de diferentes puntos de partida y diferentes resultados se han desarrollado

distintos modelos factoriales o de rasgos de los que hemos revisados algunos anteriormente.

En este maremágnum de diferentes concepciones y de diferentes modelos para cada concepción se hace una labor casi imposible encontrar un lenguaje más o menos común ya no solo para la sociedad en general sino para los profesionales.

Dependiendo de la disciplina a la que se quiera aplicar el concepto de personalidad existen unos modelos más adecuados o útiles.

Por lo tanto irremediablemente hay que hacer una elección de un modelo que se ajuste a nuestro objeto de interés que en este caso es la salud.

Como clínicos nuestro deseo no es modificar la personalidad tal cual sino modificar aquellos aspectos de la personalidad que resultan desadaptativos o que interfieren en el bienestar del paciente o que aumentan la gravedad de otras patologías comórbidas.

Por ello la identificación de los *rasgos patológicos de personalidad* nos permitirán ajustar nuestras intervenciones a la modificación o neutralización de la influencia de esos rasgos y no de otros postulados en otros modelos que simplemente hablan de rasgos de personalidad no teniendo porqué ser estos patológicos ni desadaptativos.

Y además hay que contar con un modelo explicativo que tenga un instrumento de medida de aquellas características o factores que ha identificado como primordiales en la constitución de la personalidad.

Si bien el cuestionario IPDE (International personality disorder examination. Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad) no procede de un modelo teórico de la personalidad se ciñe a los conceptos utilizados por la APA en la clasificación de las patologías relacionadas con la personalidad. Y si bien no representa al completo ninguno de los modelos o marcos teóricos que explican la personalidad se han observado coincidencias con algunos de los modelos más ampliamente utilizados por la psiquiatría como por ejemplo el modelo de Cloninger.

Sea como fuere no todas las teorías explicativas de la personalidad cuentan o tendrían porqué contar con un instrumento de medida. Teniendo en cuenta que incluso desde diferentes teorías y comprensión del funcionamiento psíquico, se emplea básicamente dos sistemas nosológicos clasificatorios de la enfermedad mental, el IPDE parece ser un elemento común de intercambio de información y de consenso entre los profesionales de distintos modelos conceptuales.

Si bien existen varios modelos explicativos de lo que es la personalidad y su clasificación, pocos han creado un esquema clasificatorio de las patologías de la personalidad en base a esos modelos. Y para nuestro propósito es importante la identificación de rasgos perturbadores sobre los que poder actuar para mejorar la gravedad de las patologías mentales que presenten los pacientes. Siendo en este caso de interés la identificación de rasgos que influyan en la gravedad de los Trastornos de la Conducta Alimentaria.

4.3. Clasificación actual de los Trastornos de Personalidad DSM-5

Según el Manual diagnóstico de los trastornos mentales de la American Psychiatric Association, DSM-5 (APA, 2014), un trastorno de la personalidad es: “un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto; se trata de un fenómeno generalizado y poco flexible, estable en el tiempo, que tiene su inicio en la adolescencia o en la edad adulta temprana y que da lugar a un malestar o deterioro.”

A continuación se ofrece un resumen de los criterios y las características de cada uno de estos trastornos. Son definidos en base a una serie de conductas, percepciones, afectos, cogniciones y descripciones de las personas que los padecen. Esas características son las que nos servirán para definir los rasgos patológicos que se han utilizado en la hipótesis del presente trabajo.

Existen 11 tipos de trastornos de personalidad específicos y uno no especificado.

Los trastornos están distribuidos en tres grupos en base a la similitud de sus características.

El grupo o cluster A, lo componen los trastornos paranoide, esquizoide y esquizotípico de la personalidad cuya característica común es que son personas que se muestran raros o excéntricos.

El grupo o cluster B, está compuesto por los trastornos de personalidad antisocial, límite, histriónico y narcisista. Se caracterizan por ser personas exageradamente dramáticas, emocionales o erráticas.

El grupo o cluster C, lo componen los trastornos evasivo, dependiente y obsesivo-compulsivo de la personalidad. Cuya característica común es que son ansiosos o temerosos.

El propio DSM-5, reconoce que esta clasificación tiene sus limitaciones y no ha sido validada de forma consistente. Así mismo reconocen que las personas con frecuencia presentan trastornos de la personalidad concomitantes de diferentes grupos.

La clasificación de la APA, emplea un sistema categorial en el que los diferentes síndromes clínicos son cualitativamente distintos.

Los Trastornos de la personalidad son patrones permanentes tanto de experiencia interna como de comportamientos que se apartan “acusadamente” de las expectativas de la cultura y se manifiestan en las áreas cognitiva, la afectividad, el funcionamiento interpersonal o el control de los impulsos.

Esta forma de comportamiento es generalizable a una gran cantidad de situaciones personales y sociales. Provoca malestar significativo o deterior social. Es un patrón de comportamiento estable cuyo comienzo se inicia en la adolescencia o la edad adulta temprana. No han de ser características atribuibles por los efectos de ninguna sustancia o por una afección médica ni como consecuencia de otro trastorno mental.

Aunque son patrones estables hay algunos que tienden a ser menos evidentes o remiten con la edad, señala aquí el DSM el trastorno antisocial y el límite mientras que

otros permanecen a lo largo del tiempo como son el obsesivo-compulsivo y el esquizotípico.

Trastornos de personalidad del grupo A

Trastorno de la personalidad paranoide

Se caracteriza por la desconfianza hacia los demás y por la suspicacia generalizada.

Suponen que otras personas les dañan o les engañan a pesar de no existir evidencia de ello. Sospechan que otras personas pueden atacarlas repentinamente y sin razón. Sienten que han sido profundamente dañados por otras personas aun cuando no existe evidencia de ello. Mantienen una constante preocupación por la lealtad o fidelidad de las personas que les rodean. Temen que la información que puedan compartir con otros vaya a ser utilizada en su contra. Suelen negarse a contestar preguntas personales de manera tajante. Tienden a ver significados ocultos que son amenazantes para ellos en comentarios y acciones benignas. A menudo malinterpretan los elogios y suelen interpretar como una crítica a su eficacia el ofrecimiento de ayuda. No están dispuestos a perdonar las ofensas o desprecios que creen haber recibido. Estos desprecios por pequeños que sean despiertan una gran agresividad durante mucho tiempo. Son rápidos en su reacción de ira como modo de respuesta ante los insultos que reciben. Son personas que suelen sospechar de la fidelidad de sus parejas sin una justificación. A menudo reúnen evidencias minúsculas y circunstanciales para apoyar sus creencias. Son personas que necesitan mantener un control completo de las relaciones íntimas.

Este trastorno puede presentarse como antecedente del trastorno delirante y de la esquizofrenia. Pueden desarrollar un trastorno depresivo mayor y sufren mayor riesgo que otras personas de padecer agorafobia y trastorno obsesivo-compulsivo. Los trastornos de personalidad concomitantes más comunes son el esquizotípico, el esquizoide, el narcisista, el evitativo y el límite.

Trastorno esquizoide

La característica de este trastorno es el distanciamiento de las relaciones sociales y restricción de la expresión de las emociones en las situaciones interpersonales.

No tienen un deseo de intimidad, se muestran indiferentes a las oportunidades de desarrollar relaciones cercanas, no obtienen satisfacción por el hecho de pertenecer a una familia o a otro grupo social. Prefieren la soledad y casi siempre eligen actividades individuales. Prefieren tareas mecánicas o abstractas. Apenas tienen interés por mantener relaciones sexuales con otra persona. En general disfrutan de pocas o de ninguna actividad. Apenas disfrutan de placer sensorial, corporal o interpersonal. Son individuos que no tienen amigos cercanos a excepción de un familiar de primer grado.

En algunos casos el trastorno esquizoide de la personalidad puede aparecer como el antecedente previo del trastorno delirante o de la esquizofrenia. Las personas con este trastorno a veces pueden desarrollar un trastorno depresivo mayor. Este trastorno coincide con mayor frecuencia con los trastornos de la personalidad esquizotípica, paranoide y evasiva.

Trastorno esquizotípico

Este trastorno se caracteriza por deficiencias sociales e interpersonales que se manifiesta por un malestar agudo y muestran poca capacidad para las relaciones estrechas. Su afecto es inapropiado o limitado. El aspecto y el comportamiento son extraños, excéntricos o peculiares. Tienen distorsiones cognitivas o perceptivas y comportamientos excéntricos. Poseen ideas de referencia, creencias extrañas o pensamiento mágico. Tienen experiencias perceptivas inhabituales. Sus pensamiento y discurso es extraño con lenguaje metafórico, circunstancial, vago, superelaborado o estereotipado. Son personas suspicaces o con ideas paranoides.

Suelen estar preocupados por fenómenos paranormales que están fuera de las normas de su subcultura. Pueden sentir que tiene poderes especiales para percibir los acontecimientos o para leer los pensamientos de los demás. A veces pueden parecer alteraciones perceptivas. A veces aplican palabras de manera inusual. Sus dificultades con las relaciones personales le llevan a no tener amigos cercanos excepto parientes

de primer grado. Se suelen sentir incómodos en situaciones sociales sobre todo con personas desconocidas

Existe una considerable coincidencia con los trastornos de personalidad esquizoide, paranoide, evasiva y límite.

Trastornos de personalidad del grupo B

Trastorno de la personalidad antisocial

La característica fundamental de este trastorno es un patrón general de desprecio y de violación de los derechos de los demás. Suelen emplear el engaño y la manipulación con el fin de sacar provecho personal o por placer.

A este trastorno se le ha denominado también psicopatía, sociopatía o trastorno disocial.

Estas personas tienen comportamientos agresivos con personas y animales además de otros comportamientos como la destrucción de la propiedad, los fraudes o los hurtos o la violación grave de las normas.

Desprecian los deseos, derechos o sentimientos de los demás. Tienen una incapacidad de planificar el futuro, toman decisiones de forma irreflexiva, sin tener en cuenta las consecuencias para uno mismo o para los demás. Tienden a ser irritables y agresivos, pudiendo involucrarse en peleas o cometer actos de violencia física. Pueden realizar actividades de alto riesgo con consecuencias dañinas. Pueden exponer a personas a su cargo a situaciones peligrosas. Son irresponsables y no muestran ningún remordimiento por las consecuencias de sus actos.

Suelen tener características de personalidad que cumplen con los criterios de otros trastornos de la personalidad como el límite, histriónico y narcisista.

Trastorno de la personalidad límite

Se caracteriza por un patrón de inestabilidad de las relaciones interpersonales, la autoimagen y los afectos, así como una notable impulsividad.

Son personas que hacen grandes esfuerzos por evitar un abandono sea este real o imaginario. La percepción de una inminente separación o rechazo o la pérdida de estructura externa pueden dar lugar a profundos cambios en la imagen, el afecto, la cognición o el comportamiento. Son excesivamente sensibles a las circunstancias ambientales.

Sus relaciones son muy intensas pero muy inestables. Pueden idealizar a personas que acaban de conocer y compartir y exigir un grado de intimidad inadecuado para la poca duración de la relación.

Son propensos a cambios repentinos y dramáticos. Puede haber una alteración de la identidad, de su autoimagen o del sentido de sí mismos. Tienen inestabilidad afectiva y notable reactividad del estado de ánimo. Se quejan de sentimientos de vacío crónicos.

Exhiben impulsividad en conductas dañinas para sí mismos, así como comportamientos como gastar dinero de manera irresponsable, jugar patológicamente, darse atracones de comida, consumir sustancias tóxicas, mantener relaciones sexuales de riesgo. Con frecuencia tienen gestos suicidas. Tienen dificultad para controlar su ira que expresan de forma inapropiada e intensa. Pueden sufrir de sentimientos de despersonalización en periodos de estrés extremo.

Trastorno de personalidad histriónica

La característica esencial es la emotividad generalizada y excesiva y la búsqueda de atención. Se sienten incómodas o poco apreciadas cuando no son el centro de atención. Suelen mantener un comportamiento inapropiado, sexualmente seductor o provocativo. Es frecuente la sucesión de cambios rápidos de la expresión emocional y ser superficiales.

Utilizan el aspecto físico para llamar la atención. Se expresan con un toque dramático pero con argumentos vagos y difusos.

Son personas sugestionables y fácilmente influenciables por las opiniones de los demás. Consideran a las relaciones más íntimas de lo que realmente son.

Los trastornos de personalidad con los que más coinciden con el dependiente, el límite, narcisista y antisocial.

Trastorno de la personalidad narcisista

Se caracterizan por un patrón dominante de grandeza tanto en la fantasía como en el comportamiento, tienen necesidad de admiración y falta de empatía.

Tienen un sentido grandioso de su propia importancia, sobrestiman sus capacidades. Suelen sumergirse en fantasías de éxito, poder, brillantes, belleza o amor ideal.

Creen que son seres superiores, especiales y únicos y esperan que se les reconozca como tales. Sienten que solo pueden ser entendidos por otras personas especiales, o de alto estatus y que solo deberían relacionarse con ellos.

Tienen una necesidad de admiración excesiva, su autoestima es muy frágil. Suelen tener unas expectativas poco razonables de que se les atienda con un trato especialmente favorable y se sienten furiosos cuando esto no sucede.

Carecen de empatía y de sensibilidad a los deseos y necesidades de los demás, pudiendo conducir a la explotación consciente o inconsciente de las demás personas.

Suelen ser personas envidiosas o sentir que los demás les envidian. Muestran comportamientos arrogantes, desdeñosos o paternalistas.

El trastorno de personalidad narcisista puede ser comórbido con el trastorno histriónico, límite, antisocial y paranoide de la personalidad.

Trastornos de personalidad del grupo C

Trastorno de la personalidad obsesivo-compulsivo

Se trata de un patrón general de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control mental e interpersonal, a expensas de la flexibilidad, la espontaneidad y la eficiencia. Muestran preocupación por los detalles, las normas, las listas, la organización o los horarios, hasta el punto de perder de vista el objeto principal de la actividad.

Existe una dedicación excesiva al trabajo y a la productividad, siendo reacios a delegar tareas o trabajo en otros, a no ser que éstos se sometan a su manera de hacer las cosas. Tienen excesiva terquedad, escurpulosidad e inflexibilidad en temas de moral, ética o valores y las amistades.

Las personas con trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad adopta un estilo avaro en los gastos para él y para los demás; el dinero se considera algo que hay que acumular con vistas a catástrofes futuras.

Son personas que muestran rigidez y obstinación llevando a cabo las actividades de una forma excesivamente metódica. Tienden con frecuencia a la indecisión y a la necesidad de sopesar escurpulosamente todas las alternativas posibles antes de tomar una decisión hasta el punto de llegar a paralizar su conducta.

Pueden mostrar gran inseguridad, falta de confianza en sí mismo y un malestar emocional en forma de culpa o de vergüenza por las deficiencias y fallos reales o percibidos en su conducta.

Trastorno de la personalidad evasivo o evitativo

El patrón dominante es de inhibición social, sentimientos de incompetencia e hipersensibilidad a la evaluación negativa. Evitan actividades laborales que implican contacto interpersonal por miedo a la crítica o el rechazo. Necesitan tener la certeza

de que las nuevas personas con las que se relacionen serán de su agrado y los aceptarán.

Tienen dificultades para hablar de sí mismos, guardan sus sentimientos por temor a ser avergonzados o ridiculizados.

Son especialmente sensibles a cualquier muestra de crítica o desaprobación. Son tímidos, callados, inhibidos, tienen la creencia de que a nadie le importan sus opiniones. Tienen una baja autoestima y se sienten inadecuados, inferiores a los demás, poco atractivos.

Se muestran especialmente reacios a tomar riesgos o participar en actividades nuevas ya que estas podrían resultar embarazosas.

Este trastorno se suele diagnosticar junto con el trastorno de personalidad dependiente. También tienden a ser diagnosticados de trastorno límite o del grupo A (paranoide, esquizoide o esquizotípico).

Trastorno de la personalidad dependiente

El patrón fundamental es la necesidad persistente y excesiva de recibir cuidados que lleva a un comportamiento de extrema sumisión y apego con temor a la separación.

Tienen dificultades para tomar decisiones cotidianas sin el consejo de los demás. Son personas pasivas que permiten que otros tomen la iniciativa por ellos y asuman responsabilidades en distintas áreas de su vida.

Suelen tener dificultades para expresar el desacuerdo con otras personas. Tienen dificultades para iniciar proyectos o hacer las cosas de forma independiente. Llegan a aceptar tareas que les desagraden con tal de mantener un vínculo, llegando incluso en ocasiones a tolerar el abuso verbal, físico o sexual.

Se sienten indefensos cuando están solos por miedo a cuidarse a sí mismos. Cuando finalizan una relación buscan urgentemente otra relación que les proporcione el cuidado y el apoyo que necesitan.

Estas personas se encuentran preocupadas por la posibilidad ser abandonados y tener que cuidar de sí mismo.

Este trastorno a menudo se desarrolla junto con otros trastornos de la personalidad como el límite especialmente, el evitativo y el histriónico.

En la sección III del DSM-5 se presenta un modelo alternativo de los trastornos de la personalidad. Este modelo surge de la necesidad de introducir un nuevo enfoque para hacer frente a las deficiencias que se han planteado a la perspectiva actual de estos trastornos.

Entre las dificultades a las que tiene que hacer frente el actual sistema de clasificación se encuentra la de aquellos casos en los que un paciente reúna criterios para varios trastornos de personalidad a la vez. Además de que los pacientes no suelen presentar los patrones de síntomas que corresponden con una categoría de trastorno de personalidad.

En este nuevo modelo alternativo del DSM-5, los trastornos se caracterizan por dificultades en el funcionamiento de la personalidad y por rasgos de personalidad patológicos.

De esta manera se incluyen una serie de trastornos de la personalidad especificado por rasgos (TP-ER) que se pueden emplear cuando se considera que existe un trastorno de personalidad pero no se cumplen los criterios para un diagnóstico específico.

El primer criterio a cumplir (criterio A) se refiere a las dificultades en el funcionamiento personal e interpersonal, valorando el nivel de funcionamiento según una escala de 0 a 4, requiriendo un nivel moderado de dificultad (2) para diagnosticar un trastorno de personalidad.

El criterio B se refiere a los rasgos patológicos de personalidad que se organizan en cinco diferentes dominios que son: la afectividad negativa (frente a estabilidad emocional), el desapego (frente a la extraversión), el antagonismo (frente a la amabilidad), la desinhibición (frente a la escrupulosidad) y el psicoticismo (frente a la lucidez). A su vez esos dominios se componen en total de 25 rasgos específicos.

La elección de dichos rasgos se ha realizado mediante una revisión de los modelos de rasgos existentes junto con la investigación con muestras de pacientes de salud mental.

Este criterio B para los trastornos de personalidad específicos comprende los subconjuntos de rasgos basados en las revisiones de metaanálisis y en los datos empíricos sobre las relaciones entre los rasgos y los diagnósticos de la personalidad según el DSM IV.

El resto de los criterios (C, D, E, F y G) son iguales que los criterios de la sección II.

La sección III incluye los criterios diagnósticos de los trastornos de la personalidad antisocial, evasiva, límite, narcisista, obsesivo-compulsiva y esquizotípica. En este caso cada trastorno de la personalidad se define por las dificultades en el funcionamiento (criterio A) y por los rasgos de personalidad patológicos representativos (criterio B).

El propio DSM-5 reconoce que la representación mental del self y las relaciones interpersonales “afectan a la naturaleza de la interacción con los profesionales de la salud mental, y pueden tener un impacto significativo tanto en la eficacia del tratamiento como en el resultado.”

El empleo de la dimensionalidad de los rasgos de personalidad modifica la filosofía empleada hasta ahora en la clasificación diagnóstica de la APA, asumiendo como

novedad que todas las personas tienen determinados rasgos de personalidad en diferente medida alejándose del concepto empleado hasta ahora exclusivamente de la distinción categorial en la que los rasgos estaban presentes o ausentes.

Los cinco grandes dominios son variantes de los cinco dominios del modelo de los Cinco Grandes (Big Five) o Modelos de la personalidad de cinco factores (Five Factor Models FFM).

5. Trastornos de la Conducta Alimentaria

Los TCA son un grupo de trastornos mentales que se caracterizan por una conducta alterada de la ingesta alimentaria y/o la aparición de comportamientos de control de peso excesivos.

En muchos casos hay una clara distorsión de la imagen corporal así como una negativa a mantenerse en el peso adecuado y un importante temor al aumento de peso.

La combinación de estos síntomas o alteraciones es la que da lugar a los diferentes tipos de Trastornos de la Conducta Alimentaria.

Esta alteración lleva como consecuencia problemas físicos o del funcionamiento psicosocial del individuo, así como la coexistencia de otras alteraciones o trastornos mentales.

Se ha constatado un aumento de la prevalencia en países desarrollados o en vías de desarrollo. Este aumento es atribuible al incremento de la incidencia y a cronicidad. La proporción a favor de las mujeres es 9:1, con cifras a nivel mundial de prevalencia en mujeres de 1-3,3% para los trastornos de la conducta alimentaria no especificados, 0,5-1,0% para la bulimia nerviosa y 0,7% para la anorexia.

En España las cifras totales de prevalencia oscilan del 4,1% al 6,41%. En la franja de 12 a 21 años la prevalencia en mujeres para anorexia (AN) es del 0,14% al 0,9%, del 0,41%

al 2,9% para la Bulimia (BN) y del 2,76% al 5,3% en Trastornos de conducta alimentaria no especificados (TCANE).

En cuanto a la incidencia, se ha observado un aumento en la incidencia de 5 a 6 veces en la década 1960-1970 tanto en EEUU como en Europa, con un pico de incidencia mayor en mujeres entre los 15 y los 19 años de edad (40% de los casos identificados). En USA la tasa de incidencia es de 74 por 100.000 personas/año en la población femenina de 15–19 años. En Europa, la incidencia de pacientes ingresados por AN es de 20 por 100.000 personas/año para mujeres entre 12 y 25 años de edad. La incidencia de los TCA en varones sería menor a 1 por 100.000 habitantes/año. En España, las cifras de incidencia descritas en niñas de 13 años son de 4,8% (0,3% AN; 0,3% BN 0,3% y 4,2% TCANE).

A pesar de que el DSM-5 permite a los clínicos diagnosticar a los pacientes en categorías específicas, los síntomas se presentan con frecuencia a lo largo de un continuo entre los extremos de la AN y de la BN. Así, encontramos, con el DSM IV, muy similar al DSM-5 en los criterios diagnósticos, que más de un 50% de las pacientes anoréxicas desarrollan síntomas bulímicos (Casper, Eckert, Lamí, Goldberg y Davis, 1980; Kasser, Gwirtsman, Kaye, Brandt y Jimerson, 1988) y que muchas pacientes bulímicas presentan historia previa de anorexia. En cuanto a los factores biológicos individuales, se ha señalado como factores de riesgo el sobrepeso y la menarquia temprana. Los factores de riesgo familiares han sido demostrados en estudios de carácter familiar, así, existe mayor probabilidad de desarrollar un TCA si algún familiar de primer grado sufre de AN, BN u obesidad (Lilenfeld, Kaye y Greeno, 1998; Crisp, 1976). También existe un riesgo mayor de sufrir TCA, si en la familia hay algún miembro que padezca depresión o cuadros de abuso de alcohol o drogas.

La etiología de estos trastornos no está definida, aceptándose como modelo etiopatógeno el modelo biopsicosocial, que permite explicar la génesis y mantenimiento del trastorno por la interacción de factores biológicos, psicológicos y socioculturales (Chinchilla, 1994). Las vulnerabilidades genéticas posibles son la predisposición a un tipo particular de personalidad, la predisposición a un trastorno

psiquiátrico y la predisposición a una disfunción en los neurotransmisores que actuarían como factor predisponente para el desarrollo de un TCA. En relación a esto último, se ha encontrado en diversos estudios, una disfunción en neurotransmisores como la serotonina, la dopamina y la noradrenalina, que intervienen en la regulación del comportamiento alimentario. También se demuestran alteraciones en los neuropéptidos que regulan dicho comportamiento (Chinchilla, 2003).

Entre los factores de riesgo psicológicos individuales, la personalidad perfeccionista–obsesiva presenta riesgo especialmente para la AN restrictiva (Fassino, Daga y Amianto 2002). La autoestima baja y el sentimiento de inutilidad, la falta de confianza y el sentimiento de inadecuación, conforman riesgo para AN y BN. Por último, los trastornos del estado de ánimo y los cuadros de abuso de alcohol y drogas, lo son especialmente para la BN.

Otros factores de riesgo adicionales son determinados comportamientos individuales, como ponerse a dieta o participar en determinadas actividades deportivas o profesionales que requieren un control del peso corporal. Haber tenido alteraciones en la alimentación durante los primeros años de vida y la aparición de la anorexia a edades tempranas. (Ductor, 2005)

Además de los factores de riesgo biológicos y psicológicos, se encuentra la influencia del entorno social, éste se refiere a los factores de riesgo culturales, como es el hecho de vivir en un país industrializado, el énfasis en la delgadez como símbolo de belleza.

Características sociodemográficas:

Los resultados del estudio de Ductor(2005) muestran un perfil caracterizado por mujeres jóvenes, estudiantes con buen rendimiento académico, solteras, de clase media y provenientes de familias con padres casados, donde es frecuente hallar patología asociada en algún miembro familiar.

Complicaciones orgánicas

Estas patologías suponen una importante preocupación para los profesionales sanitarios y para la sociedad en general. Esto se debe, en gran parte, al elevado número de complicaciones orgánicas que sufren estas pacientes. Entre ellas se incluyen: caquexia, alteraciones cardíacas, gastrointestinales, reproductivas, dermatológicas, hematológicas, esqueléticas, neurológicas, metabólicas y dentales (Kaplan y Sadock, 1998).

Las pacientes con TCA presentan una alta comorbilidad con otras patologías psiquiátricas tales como depresión mayor, distimia, trastorno del sueño, fobia social, síntomas obsesivos compulsivos y abuso de sustancias (Kaplan y Sadock, 1998). Consumen drogas y alcohol frecuentemente, según datos proporcionados por otros autores (entre el 30 y 37% para la BN y el 12 y 18% para la AN (Halmi et al., 1991; Herzog et al., 1992).

Datos de varones

Aunque en este estudio hemos decidido centrarnos en las mujeres ya que es una patología que afecta fundamentalmente a estas y en nuestra muestra el número de varones era realmente bajo, merecen ser mencionados ya que nuestra Clínica está dirigida a tratar a todo tipo de pacientes con TCA.

Todos los estudios coinciden en señalar la menor tasa de prevalencia de TCA en varones que en mujeres, difiriendo en los porcentajes ligeramente, en torno al 5-12% según por ejemplo (Button, Aldridge, 2008). Más concretamente en función del diagnóstico que tengan la AN obtiene un porcentaje de entre el 5 y el 10% de los paciente que buscan tratamiento (Striegel-Moore, 1999), entre el 10-15 % para la BN (Carlat, Camargo, 1997) y en torno al 40% en los casos de trastorno por atracón (Muisse, Stein, 2003).

En líneas generales los estudios señalan que las manifestaciones clínicas de los hombres con TCA son similares a las de las mujeres en términos de la edad de inicio, los métodos de control de peso y factores asociados a los trastornos de alimentación (Braun, Sunday, 1999; Carlat 1997; Fernández-Aranda 2009; Raevuori 2009).

Sin embargo, existen diferencias en cuanto a las características clínicas y a los factores de riesgo como pueden ser la orientación sexual (Andersen, 1997), experiencias traumáticas en la infancia (Kinzl, 1997) y la existencia de obesidad premórbida (Sharp, 1994).

La actividad física en los hombres con TCA es mayor que en las mujeres (Lewinsohn, 2002; Spann, 2008). Así mismo parece que los varones tienen una edad superior al inicio de la enfermedad que las mujeres (Bramon-Boch, 2000). Los hombres con TCA tienen menos insatisfacción corporal que las mujeres y menos impulso a la delgadez (Joiner, Katz, 2000). En un estudio de Núñez-Navarro (2012), encontraron que los varones referían una mayor frecuencia de episodios de vómitos que las mujeres, contradiciendo hallazgos previos (Bramon-Bosch, 2000).

En relación a la psicopatología asociada los datos son contradictorios, hay estudios que encuentran mayor psicopatología y comorbilidad que en las mujeres con trastornos de la alimentación (Bean, 2005). Por ejemplo, se encuentran mayores tasas de depresión y abuso de sustancias (Striegel-Moore, 1999). Por el contrario otros estudios no han encontrado dichas diferencias (Woodside, 2001).

Respecto a la personalidad, hasta ahora, se encuentran pocas diferencias siendo lo más llamativo las puntuaciones más bajas en evitación del daño, dependencia de la recompensa y cooperación (cooperativeness) (Fassino, 2001; Woodside, 2004, Nuñez-Navarro, 2012).

5.1. Historia de los Trastornos de la Conducta Alimentaria

Las referencias al hambre autoinducida (ayunos, etc.) datan de los tiempos bíblicos. En ellas se entremezclan la verdad y el mito; lo religioso y la exageración; el pietismo y, a veces, el fraude. La Medicina propiamente dicha inicia su atención hacia la Anorexia

Nerviosa (AN) con la obra *A Treatise of Consumptions*, un texto del s.XVII original de R. Morton. El citado médico describía sus experiencias clínicas con dos pacientes, una muchacha de 18 años y un chico de 16. En ambos casos resulta notable que Morton descartase cualquier tipo de enfermedad física como la causa explicativa de la pérdida de peso de los enfermos.

En 1764 O. Whytt, profesor de teoría de la Medicina de la Universidad de Edimburgo, asoció inanición y bradicardia. Legó su obra "Observaciones sobre la Naturaleza, Causas y Curación de los trastornos comúnmente llamados Nerviosos, Hipocondríacos o Histéricos", los cuales están fijados sobre el Sistema Nervioso Simpático. En este libro Whytt describe la atrofia nerviosa de un paciente de 14 años. Observó en él energía baja, estilo taciturno, pérdida de apetito y malas digestiones.

En 1860, V. Marcé, de París, escribió la obra "Nota sobre una forma de delirio hipocondríaco consecutivo a las dispepsias", caracterizada principalmente por el rechazo de los alimentos. Según Marcé, las jóvenes en el periodo de la pubertad - y después de un desarrollo físico precoz- sufren la convicción delirante de que no pueden o no deben comer. A este cuadro llamó en 1868 W. Gull aepsia histérica, por creer que se debía a un estado mental mórbido. Más tarde el propio Gull lo denominaría perversión del Yo y en 1873, CH. Lasègue acabaría acuñando la expresión anorexia histérica. Tanto Gull como Lasègue describieron los síntomas fundamentales del rechazo a la comida: pérdida extrema del peso, amenorrea, estreñimiento y someterse intensamente al ejercicio. Ambos autores examinaron además la importancia de la familia, tanto en los comienzos de la enfermedad como durante su evolución.

Es cierto que en el s. XX - y sobre todo desde los años cincuenta- se produce una revolución conceptual y metodológica acerca de la AN a la que se llegó mediante un largo proceso de contraste de teorías y escuelas. Así en 1914, M. Simmonds introdujo el concepto de caquexia hipofisaria y su tesis de que la falta de apetito, adelgazamiento, apatía y amenorrea se debe a una alteración de la hipófisis y no a

factores emocionales. Mientras, en 1920, P. Janet distinguía la anorexia primaria de la secundaria. Para él se trataba de alteraciones psicológicas profundas, resistentes a los tratamientos. También los psicoanalistas, en los años 40, explicaron la AN a través de los mecanismos psicodinámicos causados por las fantasías orales inconscientes, y desde la aversión sexual (Silverman 1995; Yates 1989).

Para H. Bruch (1973) los pacientes con anorexia presentan una patología emocional común: 1º) Perturbación entre imagen corporal y su concepto de cuerpo; 2º) Dificultad para reconocer señales para nutrirse y 3º) Sentimiento de ineficacia en todas las actividades de la vida.

La literatura sobre los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) empezó a proliferar a partir de la década de los sesenta. En los primeros años de la década siguiente el enfoque se desplaza a la familia como factor crucial de la AN. Después se puso énfasis en los cambios neuroendocrinos y genéticos, en cuanto marcadores fisiológicos de vulnerabilidad. Y, todavía hoy, muchos analistas teóricos postulan el papel de los desórdenes alimenticios en la organización y en la estabilidad del "Yo".

En relación a la sobreingesta entre los siglos XV y XX se utilizaron términos variados como *cynorexia*, *canine appetite*, *hambre patológica*, expresivos de los estados de voracidad que se acompañan de la ingesta excesiva de comida y emesis. Pero el síndrome de bulimia nerviosa (BN) fue definido por Russell (1979). Los primeros casos de BN, desde una perspectiva científica de diagnóstico, aparecieron en la Alemania de los años treinta, aumentando tras la Segunda Guerra Mundial. El incremento progresivo de su incidencia propició el reconocimiento de la BN como síndrome separado en la década de los sesenta.

5.2. Anorexia Nerviosa

La anorexia fue descrita hace más de 100 años tanto en Inglaterra como en Francia. En aquella época, el médico William Gull le puso el nombre de anorexia nerviosa.

Hilde Bruch prestigiosa psicoanalista habla de la característica común a estas pacientes que consiste en la “persecución sin límite de la delgadez extrema” (Bruch H. 1978). Esta autora rescata aspectos de la enfermedad a los que se les ha prestado poca atención a la hora de comprender la mente y los motivos de estas mujeres. Aunque la palabra anorexia en realidad significa falta de apetito o de interés en la comida esto no es algo que ocurra en estas chicas. Bien al contrario se pasan el día pensando en la comida de una manera u otra. Hay una severa autocrítica al hecho de comer ya que esto representa para ellas un motivo de vergüenza y autoindulgencia por haber cedido a la satisfacción de sus deseos. Siendo la fortaleza para soportar la insatisfacción de sus deseos lo que realmente persiguen. Define a estas chicas como desafiantes y tozudas lo cual nos hace pensar que son fuertes y vigorosas. La delgadez en estas chicas se convierte en su orgullo, disfrute y en el objetivo fundamental de su vida. (Bruch H. 1978).

Estas son dos características que dificultan en extremo el trabajo por intentar sacarlas adelante. En primer lugar hay una valoración de la actitud desafiante y tozuda como sinónimo de fortaleza y autodeterminación. Y en segundo lugar la propia delgadez se convierte en un objeto de deseo y de organización de su vida en torno a ello.

Para esta autora el rechazo a la comida y no comer es una defensa contra el miedo original que sería el de comer demasiado, no tener el control y el de abandonarse a sus necesidades biológicas.

La AN desde un punto de vista clínico consiste en un intenso deseo de estar delgado en la gran mayoría de las ocasiones por debajo del peso que se considera saludable para la persona. La persona afectada desarrolla una serie de prácticas para conseguir dicho fin que oscilan desde la restricción de la dieta hasta conductas compensatorias como ejercicio excesivo o conductas purgativas (uso de laxantes, diuréticos y vómitos

autoinducidos). Presentan un intenso temor a engordar y convertirse en obesos incluso a pesar de la constante pérdida de peso y de encontrarse objetivamente por debajo del Índice de Masa Corporal adecuado. La imagen corporal se encuentra alterada presentando una gran distorsión entre la realidad y la imagen de sí mismos. Se trata de personas que están altamente preocupadas por su figura, su peso y la dieta. Mantienen una persistente evitación de la comida y de la ingesta que se acompaña de conductas de purga para contrarrestar lo que hayan ingerido. La gran mayoría no tiene conciencia de enfermedad ni del riesgo vital que corren debido a su conducta.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Criterios diagnósticos de la Anorexia Nerviosa en el DSM-5
A. Restricción de la ingesta energética en relación a las necesidades que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, sexo, el curso del desarrollo y la salud física
B. Miedo intenso a ganar peso o a engordar, o una persistente conducta que interfiere con la ganancia de peso, incluso estando por debajo del peso normal
C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal
Especificar tipo: <ul style="list-style-type: none">• Restictivo: durante los últimos 3 meses, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas). La pérdida de peso se consigue principalmente mediante dieta, ayuno y/o ejercicio excesivo• Tipo compulsivo/purgativo: durante los últimos 3 meses, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas)
Especificando si: <ul style="list-style-type: none">• En remisión parcial: Después de haberse cumplido todos los criterios para la AN, el criterio A (peso corporal bajo) no se ha cumplido durante un periodo continuado, pero todavía se cumple el criterio B (miedo intenso a aumentar de peso o a engordar, o con comportamiento que interfiere en el aumento de peso) o el criterio C (alteración de la autopercepción del peso y la constitución).• En remisión total: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios de la AN, no se han cumplido ninguno de los criterios durante un periodo continuado.

Especificar severidad

Adultos (IMC):

- **Leve: ≥ 17**
- **Moderado: 16- 16,99**
- **Severo: 15- 15,99**
- **Extremo: < 15**

Niños y adolescentes: percentil

5.3. Bulimia Nerviosa

La Bulimia Nerviosa (BN) se caracteriza por el desarrollo de atracones de comida (ingesta voraz e incontrolada de grandes cantidades de alimentos) que generalmente se desarrollan en la intimidad y se mantienen en secreto. Las personas con BN desarrollan una serie de conductas purgativas como los vómitos autoinducidos, abuso de laxantes, diuréticos e hiperactividad física como medio para compensar los efectos de la sobreingesta alimentaria. Estas personas también muestran preocupación por el peso y la figura pero no siempre se produce una grave alteración de la imagen corporal ni hay una actitud de oposición al mantenimiento de un peso adecuado. Las personas que padecen BN viven con gran angustia y sentimientos de culpa sus conductas por lo que las mantienen ocultas y su trastorno muchas veces pasa desapercibido ante los demás.

En este caso hay mayor conciencia de enfermedad y la paciente suele pedir ayuda cuando siente que la situación se le ha ido de las manos.

Las personas afectadas de BN sienten una pérdida de control sobre la conducta alimentaria, que enmarca los episodios recurrentes de ingesta voraz (atracones). En estos atracones, las personas afectadas ingieren gran cantidad de alimentos en cortos períodos de tiempo. La duración de estos períodos puede ser variable, aunque siempre dentro de un período de tiempo de dos horas; de hecho no se considera como atracón

el estar ingiriendo pequeñas cantidades de comida a lo largo del día, aunque el atracón no tiene porqué estar restringido a un determinado lugar (por ejemplo, un individuo puede comenzar el atracón en un restaurante y continuar con el mismo en su casa).

En líneas generales, podemos decir que aunque el tipo de alimentos consumidos durante el atracón varía, en la mayoría de casos se ingieren dulces y alimentos con alto contenido en calorías, como son los helados o pasteles; la cantidad también es variable pero puede llegar a varios kilos.

Los atracones se pueden presentar a cualquier hora del día pero son más frecuentes a partir de media tarde.

Pueden desencadenarse por estados de humor disfórico, dificultades interpersonales, hambre intensa o tras dietas restrictivas o sentimientos relacionados con el peso, la figura corporal o los alimentos.

Se acompaña de sensación de falta de control y pueden reducir la disforia de forma transitoria, pero siempre van seguidos de sentimientos de culpa, autodesprecio o humor depresivo.

Presentan mecanismos compensatorios destinados a impedir el aumento de peso: del 80% al 90% de las personas afectadas se provoca el vómito después del atracón. El efecto inmediato es el alivio del malestar físico y la reducción del miedo a ganar peso. La forma más frecuente es mediante la introducción de la mano para provocar el reflejo nauseoso. Con el tiempo, va resultando más fácil la provocación de vómitos, llegando incluso a realizarlos comprimiendo el abdomen. Otros mecanismos utilizados para evitar el aumento de peso son el abuso de laxantes y el uso de diuréticos o el consumo de otros fármacos anorexígenos, la realización de ejercicio excesivo o el ayuno. Tanto los laxantes como los diuréticos provocan deshidratación con la consiguiente sensación de pérdida ponderal, pero al interrumpir su utilización se produce una retención refleja de líquidos y, por lo tanto, se perpetúa su empleo.

Existe una preocupación persistente por el peso y la figura: se trata de un miedo morboso a engordar. La mayoría de los síntomas de BN parecen ser secundarios a estas actitudes y su modificación es probablemente esencial para la completa resolución del trastorno.

Criterios diagnósticos de la Bulimia Nerviosa en el DSM-5
A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por: 1. ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p. ej., en un período de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar e ingesta del alimento (p. ej., sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo)
B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno, y ejercicio excesivo
C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses
D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales
E. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa
Especificando si: <ul style="list-style-type: none">• En remisión parcial: Después de haberse cumplido todos los criterios para la BN, algunos pero no todos no se han cumplido durante un periodo continuado.• En remisión total: Después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios de la BN, no se han cumplido ninguno de los criterios durante un periodo continuado.
Especificar Severidad: <ul style="list-style-type: none">• Leve: Promedio de 1-3 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana• Moderado: Promedio de 4-7 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana• Grave: Un promedio de 8-13 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana• Extremo: Un promedio de 14 o más episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana

5.4. Trastorno por Atracón

El trastorno por atracón fue identificado en sus inicios por Stunkard (1959) que diferenciaba personas obesas con atracones de otros obesos que no tenían atracones, denominando a este problema trastorno por ingesta compulsiva.

El trastorno por atracón ha adquirido su entidad nosológica en la última versión del DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013).

El trastorno por atracón se caracteriza por la aparición de episodios de ingesta compulsiva (atracones) que se definen por dos características esenciales, la ingesta en poco tiempo de una cantidad de comida excesiva y la pérdida de control sobre esa ingesta. También existe malestar respecto a los atracones y hay ausencia de conductas compensatorias (que son características de la bulimia nerviosa).

El trastorno por atracón en el DSM-IV, solo aparecía como criterios en investigación en el apéndice de criterios y ejes propuestos para estudios posteriores, de manera que se diagnosticaba dentro de la amplia etiqueta de trastorno de la conducta alimentaria no especificado (TCANE). Finalmente en el DSM-5 se ha mantenido la misma caracterización del trastorno por atracón que aparecía en los criterios de investigación del DSM-IV. Se ha producido un cambio significativo respecto a los criterios de investigación del DSM-IV-TR que es el criterio temporal (criterio D). En el DSM-IV-TR la frecuencia de atracones es de al menos 2 veces por semana en los últimos 6 meses, y en el DSM-5 tanto la frecuencia como la temporalidad exigida para cumplir el criterio es menor (una vez a la semana durante tres meses).

El DSM-5, además, incluye para el trastorno por atracón especificaciones de remisión y de gravedad. Proporciona otra información relevante respecto a este trastorno, por ejemplo, nos informa de que el antecedente de los atracones más común es el afecto negativo.

También hay otros factores predisponentes como pueden ser los estresores

interpersonales, la restricción alimentaria, sentimientos negativos respecto al peso o la forma corporal o la comida, y el aburrimiento. El atracón puede mitigar estos sentimientos negativos a corto plazo, pero las consecuencias a más largo plazo suelen ser disforia y una evaluación negativa de sí mismo.

El trastorno por atracón se presenta en personas con un peso normal, con sobrepeso y con obesidad. Aunque hay una relación de este trastorno con la obesidad, no se trata de la misma categoría ya que mayoría de las personas obesas no realizan atracones de forma recurrente.

Con respecto a los datos epidemiológicos, se estima una prevalencia a los 12 meses del 1,6 % en mujeres y del 0,8 % en hombres, siendo las diferencias de género menos pronunciadas que en la bulimia y la anorexia nerviosas.

Según el DSM-5 puesto que es un trastorno que se da dentro de algunas familias podría reflejar influencias genéticas adictivas.

El trastorno suele aparecer en la adolescencia o al inicio de la edad adulta de manera similar a la anorexia y la bulimia, si bien la edad en la que acuden a consulta es superior a los afectados por anorexia o bulimia nerviosas.

A diferencia de la bulimia nerviosa en la que las conductas restrictivas preceden el inicio de la misma, en el trastorno por atracón la restricción surge después. El cambio de este trastorno a otros trastornos alimentarios no es común.

Respecto a las tasas de remisión del trastorno por atracón, tanto debidas a la respuesta al tratamiento como a remisiones naturales, suelen ser mayores que en la anorexia y la bulimia nerviosa.

Las consecuencias de padecer un trastorno por atracón implican un deterioro en la calidad y la satisfacción con la vida, así como problemas de adaptación social, mayor mortalidad y morbilidad, mayor riesgo de desarrollo de obesidad y mayor utilización de recursos sanitarios.

El trastorno bipolar, los trastornos depresivos, los trastornos de ansiedad y, en menor medida, los trastornos relacionados con el consumo de sustancias son los que presentan una mayor comorbilidad con los trastornos de atracón.

Las investigaciones realizadas indican que existen diferencias importantes entre el

trastorno por atracón y la obesidad y los otros trastornos alimentarios como la anorexia y bulimia nerviosa (Grilo et al., 2009; Wonderlich, Gordon, Mitchell, Crosby, & Engel, 2009). Las personas que sufren trastorno por atracón suelen tener una edad mayor que los afectados por anorexia y bulimia nerviosas. Además, no existe una preponderancia de mujeres tan acusada como ocurre en la anorexia y bulimia nerviosas. Y su frecuencia según algunos estudios es casi dos veces mayor que la anorexia y bulimia nerviosas (Hudson et al., 2007).

El trastorno por atracón tiene una presentación con más variabilidad e inestabilidad en el curso, existiendo un porcentaje importante de personas que no tienen atracones durante periodos de tiempo significativos (Fairburn & Cooper, 2011; Fairburn 1993).

En definitiva, existe evidencia empírica suficiente que avala la utilidad clínica y validez de este trastorno, por lo que parece acertada la inclusión del mismo en la nueva edición del DSM (Spitzer, Stunkard et al 1993; Spitzer, Yanovski et al 1993).

La inclusión de este trastorno mejora de forma significativa el problema de la clasificación de los trastornos alimentarios. En el esquema del DSM-IV solo reconocía dos trastornos alimentarios en adultos, la anorexia y la bulimia nerviosa, pasando a formar parte de la amplia categoría de Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificados (TCANE) que constituye una categoría residual que transmitía incertidumbre diagnóstica y falta de concreción. En la práctica, esto se traducía con el DSM IV en que el TCANE era el trastorno alimentario más diagnosticado, en concreto alrededor del 50 % de los casos de trastorno alimentario se incluían en esta categoría residual (Fairburn et al., 2007). Esta novedad junto con la eliminación del criterio de la amenorrea en el caso de la anorexia nerviosa llegará a reducir los TCANE del 50 al 25% de los casos de trastornos alimentarios diagnosticados (Fairburn & Cooper, 2011).

Criterios diagnósticos del Trastorno por atracón en DSM-5
A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por: 1. ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p.ej., en un período de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias 2. sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p. ej., sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo)
B. Los episodios de atracones están asociados con 3 (o más) de los siguientes: <ul style="list-style-type: none">• Comer mucho más rápido de lo normal• Comer hasta sentirse inconfortablemente lleno• Comer grandes cantidades de comida sin sentir hambre• Comer en solitario por la vergüenza que produce comer tanto• Sentirse a disgusto con uno mismo, depresivo o culpable después de los episodios
C. Marcado sufrimiento
D. Los atracones ocurren, de media, al menos una vez a la semana 3 meses
E. Los atracones no están asociados con el uso recurrente de conductas compensatorias inapropiadas como en la bulimia nerviosa y no aparecen exclusivamente en el transcurso de la bulimia o anorexia nerviosa
Especificando si: <ul style="list-style-type: none">• En remisión parcial: Después de haberse cumplido todos los criterios para el trastorno por atracón, los atracones se producen con una frecuencia media inferior a un episodio semanal durante un periodo continuado.• En remisión total: Después de haberse cumplido todos los criterios para el trastorno por atracón, no se han cumplido ninguno de los criterios durante un periodo continuado.
Especificar Severidad: <ul style="list-style-type: none">• Leve: 1-3 atracones a la semana

- **Moderado: 4-7 atracones a la semana**
- **Grave: 8-13 atracones a la semana**
- **Extremo: 14 o más atracones a la semana**

5.5. Evolución Clínica

Debido a una mejor detección del problema, ha habido una mejora del conocimiento y la información acerca de los TCA. Este conocimiento no sólo aumenta entre los profesionales de la salud. También se extiende a los ámbitos de la familia y de las escuelas. Ahora las pacientes llegan antes a los dispositivos sanitarios.

En gran parte de los casos, como señala Lolas(1999), los TCA no se presentan en estado puro. Las pacientes reúnen algunos de los criterios diagnósticos incluidos en el CIE-10 o en el DSM-5. La alarma se produce cuando se presenta pérdida de peso. A menudo la familia observa cambios importantes en los hábitos de la alimentación (come poco y con lentitud, trocea la comida en porciones pequeñas y la extiende por el plato) y después de comer le cuesta mantener el reposo, se sospecha además que vomita, y/o consume laxantes.

Se describen gran variedad de complicaciones médicas asociadas tanto a la AN como a la BN. Recordaremos algunas de ellas: alteraciones metabólicas (hipotermia y deshidratación, perturbación electrolítica, hipercolesterolemia e hipoglucemia); cardiovasculares (hipotensión, bradicardia, arritmia, baja respuesta al ejercicio, toxicidad miocárdica por vómitos y expansión del pericardio); neurológicas (neuritis periférica, deterioro en la actividad autónoma y alteración del EEG); hematológicas (anemia, leucopenia, trombocitopenia y alteración celular en médula ósea); renales (insuficiencia renal crónica y aguda); endocrinológicas (niveles bajos de estrógenos, testosterona y gonadotropos. Alteraciones en las hormonas tiroideas); gastrointestinales e inmunológicas (Toro 1989).

Muchas de estas alteraciones se deben a procesos de adaptación fisiológica del estado de delgadez y por tanto no necesitan de tratamientos específicos. El mismo proceso de renutrición suele servir para ganar peso y ayudar a recuperar los niveles adecuados. Las pacientes crónicas en estado de emaciación severo que consumen laxantes y vomitan pueden presentar arritmias, fallos renales, disfunción intestinal y

osteoporosis. Las consecuencias físicas de la desnutrición más frecuentes encontradas en la clínica son la amenorrea, la sequedad de la piel, poliuria, fatiga, parestesias, hipotermia e hipotensión. Aparte de los signos de desnutrición conviene investigar la presencia o no de edema periférico, fracturas por ejercicio excesivo, acrocianosis y lanugo. Además son aconsejables las pruebas de laboratorio que completen la información diagnóstica: análisis de sangre, función hepática, glucosa en sangre, urea y niveles electrolíticos.

El humor depresivo, la irritabilidad, el retraimiento social, la ansiedad, las ideas obsesivas, una preocupación excesiva por la comida y cierta pérdida de la libido sexual, son consecuencias psicológicas frecuentes. Además, en el caso de pacientes con AN, subtipo purgativo, pueden darse conductas autolíticas e intentos de suicidio, las pacientes con BN que tengan un alto nivel de impulsividad puede que presenten conductas autolesivas, de suicidio, de robo, abuso de sustancias y promiscuidad sexual (APA 2009)

El pronóstico de las pacientes con TCA varía en el caso de la AN y de la BN. Investigaciones recientes estiman que, aproximadamente, un 44% de las pacientes con AN se recupera, el 28% mejora, el 23% se cronifica y el 5% fallece. Según estudios realizados, la mortalidad en jóvenes con AN es 12 veces superior a la población general y el doble respecto de jóvenes que presentan otros trastornos mentales (Brown, 2000; Harris 1988). En 1995, Sullivan encontró un 27% de suicidios entre las muertes por TCA.

Halmi (2005) halló que dos tercios de las pacientes mantenían una preocupación mórbida por el peso. A pesar de la recuperación del peso y del ciclo menstrual como muestra de mejoría, podría surgir la presencia de síntomas obsesivos-compulsivos, distímicos, fóbicos y abuso de sustancias. Se asocia un pronóstico peor al grupo de AN subtipo purgativo (vómitos, bulimia, pérdida importante de peso, cronicidad y desarrollo premórbido) debido al mayor riesgo de complicaciones médicas.

La edad, la detección precoz, un nivel de educación alto y las características de la enfermedad se relacionan con un pronóstico mejor. Evidentemente estos factores pueden servir de predictores a corto plazo pero no a largo plazo según Steinhausen (2002).

En el caso de la BN existe más dificultad para definir los factores pronósticos del curso de la enfermedad y de las recaídas, especialmente a largo plazo. Para Yager (1987) se produce una recuperación espontánea, aunque poco estable, entre el 25 y el 30% de las pacientes que llevan uno o dos años de tratamiento con reducción de atracones, y de conductas purgativas y/o abuso de laxantes. Sin embargo, parece ser que el seguimiento de un programa intensivo durante un periodo largo de tiempo mejora el pronóstico. En un clásico estudio de Luka (1986) se decía que el 60% se recupera, el 29% logra una mejoría intermedia, el 10% empeora y el 1% fallece.

Según el conocido estudio de Wade et al. (2006) sobre prevalencia a largo plazo, únicamente el 7% de las mujeres seleccionadas en dicho trabajo, presentaban en ese momento un TCA activo. No obstante, conviene reseñar que a pesar del notable porcentaje de pacientes que evolucionan favorablemente, o sencillamente mejoran hasta alcanzar niveles de gravedad que los posiciona fuera de los criterios diagnósticos, sólo menos del 50% de cada grupo diagnóstico permanecían asintomáticas

Concretamente en lo que se refiere a la AN, existe una contrastada evidencia científica (mediante un considerable número de estudios de seguimiento a largo plazo) que objetiva que aproximadamente el 50% de las/los pacientes llevarán a cabo una recuperación completa (Long, 2012). No obstante, hemos de considerar que no todos aquellos individuos con este diagnóstico, accederán a ser tratados o recibirán tratamiento. En el caso de aquellos que sí hayan sido tratadas/os su evolución clínica se ha estimado como sigue:

- 47% de ellos presentarán una recuperación
- 34% mejorarán
- 21% se cronificarán, convirtiéndose en un trastorno crónico de la alimentación
- y finalmente sólo el 5% de ellos fallecerán. (Roux et al, 2013)

Las tasas de remisión obtenidas en Ensayos Controlados Aleatorizados varían dependiendo de la fuente de información, desde un 19% hasta un 65%. En un estudio comunitario, las tasas de conversión a 5 años de AN y BN (según criterios DSM-5) son del 69% y el 55%, respectivamente (Smink,2013).

Respecto a la tasa de mortalidad, no hace diferenciación en cuanto al incremento en la tasa de mortalidad entre la AN y la BN, considerando que ambas se asocian a un incremento de la misma (Smink,2003). Concretamente en AN, varía dependiendo de la población analizada. Las cifras de mortalidad presentadas entre la población con el diagnóstico de AN varían entre 6.2 y 10.6 veces más frecuente frente a la población general (en periodos de seguimiento que varían desde los 13 a los 10 años de duración, respectivamente). Se ha considerado que es menor para periodos de seguimiento más prolongados, siendo la tasa de mortalidad solamente 3.7 veces más probable que la población general para periodos de seguimiento de 20 a 40 años de duración.

La AN es una de las patologías mentales que presenta una mayor tasa de mortalidad, siendo las principales causas de fallecimiento en los trastornos de la alimentación: complicaciones del propio trastorno alimentario, suicidio y cáncer. (Roux et al,2013).No obstante, este mismo autor reseña como dato de pronóstico positivo que la tasa de mortalidad en AN será más favorable entre aquellos individuos que hayan sido tratados durante la adolescencia, en los cuales se producirán mejores resultados.

A pesar de todo lo referido, se puede concluir que los datos referentes sobre el curso y los resultados a largo plazo, incluyendo mortalidad, son relativamente limitados para los TCA, tanto en muestras de pacientes como a nivel comunitario (Smink, 2013).

Sobre la Bulimia Nerviosa existen escasos datos, pudiéndose destacar únicamente que pocas mujeres con diagnóstico de BN serán valoradas en un dispositivo sanitario; la

sinomatología perdura notablemente a lo largo del tiempo; y la recuperación es gradual (Keski-Rahkonen et al, 2009).

No existen estudios epidemiológicos en España de prevalencia de pacientes TCA crónicos. Teniendo en cuenta que el 20% de pacientes con TCA es posible que tengan una evolución hacia la cronicidad en muestras internacionales, y no tenemos por qué pensar que las cifras en España sean distintas, es posible calcular los datos epidemiológicos de este grupo de pacientes en base a la incidencia y prevalencia conocida de TCA en España con un riesgo estimado de padecer TCA entre 0,3 a 1% de las mujeres.

Existen escasos estudios sistemáticos de la eficacia de modelos de tratamiento específicos para TCA graves o de larga evolución. En una reciente revisión (Hay et al 2012) del tratamiento de la anorexia nerviosa grave y crónica señalan la necesidad de desarrollar mejores definiciones de cronicidad y de realizar estudios de eficacia de los modelos de tratamiento propuestos que incluyen terapias de remediación cognitiva y regulación emocional, el Modelo Maudsley para el tratamiento de adultos con anorexia nerviosa (MANTRA: Maudsley Model of Anorexia Nervosa Treatment for Adults) (Schmidt & Treasure 2006), modelos de manejo clínico de apoyo especializado(SSCM: specialist supportive clinical management)(Touyz 2013) entre otros.

En España se han propuesto diferentes modelos de tratamiento de los pacientes crónicos realizados en unidades de tratamiento de TCA interdisciplinarias hospitalarias focalizados en un tratamiento psicoterapéutico y de rehabilitación psicosocial (Calvo, 2011, 2014) o tratamientos residenciales (Sánchez-Povedano & Grau 2014).

La mayoría de tratamientos que se proponen para estos pacientes son hospitalarios y con escasa evidencia de eficacia a medio y largo plazo sobretudo en los pacientes adultos. El ingreso siempre será necesario para algunos pacientes pero no están suficientemente analizados los criterios de ingreso específicos ni la continuidad de tratamiento ambulatorio para los pacientes crónicos. Existen algunos estudios que demuestran la eficacia de los tratamientos psicoterapéuticos de orientación cognitivo-conductual adaptados a las características de pacientes crónicos (Touyz et al., 2013).

Los modelos de tratamiento comunitario se adaptan a las necesidades de los pacientes crónicos dado que proporcionan un abordaje interdisciplinar, especializado, intensivo y personalizado a las necesidades clínicas de este tipo de paciente. Las intervenciones dietéticas y psicológicas se realizan en el contexto de una gestión de riesgo activo. Incluyen *ingreso hospitalario* -según criterios médicos, necesidad de estructura para el inicio del cambio terapéutico y pacientes muy resistentes al cambio- y *tratamiento ambulatorio intensivo* con un mínimo de dos contactos profesionales a la semana que aborda aspectos médicos y psicoterapéuticos (Programa ANITT Anorexia Nervosa Intensive Treatment Team: Munro et al. 2014).

Es posible además que este tipo de programas mejoren la seguridad de los pacientes reduciendo la tasa de mortalidad.

No existen estudios de coste de tratamiento de los TCA crónicos. Los programas de tratamiento específico y comunitario es posible que reduzcan los costes de tratamiento del enfermo TCA crónico dado que reducen la frecuencia y tiempo de estancia hospitalaria (Munro et al. 2014)

5.6. Clasificación actual de los Trastornos de la Conducta Alimentaria en el DSM-5

En el trabajo de campo de esta tesis doctoral hemos empleado el término Trastornos de la Conducta Alimentaria a los que tradicionalmente formaban parte del DSM IV y que se encuentran recogidos en el DSM-5.

En el DSM-5 además de la Anorexia, Bulimia y Trastorno por atracón existen otros tres trastornos concretos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos que no han sido tenidos en cuenta en este estudio: el Trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos, el Trastorno de rumiación y la Pica.

En primer lugar, no hay en nuestra unidad pacientes que cumplan los criterios para estos otros trastornos.

En segundo lugar se han incluido actualmente en el DSM-5 una serie de trastornos cuya característica principal, si bien no forma parte de los criterios, sí queda explicitado(en los apartados que hacen referencia a desarrollo y curso, características asociadas que apoyan el diagnóstico y el diagnóstico diferencial) que son de inicio o desarrollo en la infancia o en la adolescencia temprana.

Nuestras pacientes son todas adultas que consultan principalmente por trastornos surgidos en la edad adulta o en la adolescencia más tardía.

En cualquier caso el trastorno que puede generar más dudas o confusión diagnóstica es el de evitación/restricción de la ingesta de alimentos. El diagnóstico diferencial entre este trastorno y la anorexia radica en el miedo a ganar peso o engordar, o a un comportamiento persistente que interfiere con el aumento de peso, así como alteraciones específicas en relación a la vivencia y a la percepción de la constitución y el peso propios. No estando presentes estas características en el Trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos.

El capítulo de Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos está formado por la Pica, el Trastorno de rumiación, el Trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos, la Anorexia Nerviosa, la Bulimia Nerviosa y el Trastorno por Atracón.

Este capítulo del DSM-5 incluye algunos trastornos que en el DSM-IV (American Psychiatric Association. & American Psychiatric Association. Task Force on DSM-IV, 1994) se encontraban en el capítulo de trastornos de inicio en la infancia y la adolescencia (pica, trastorno por rumiación y trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez), y por algunos trastornos del capítulo de trastornos de la conducta alimentaria (anorexia nerviosa y bulimia nerviosa). Una peculiaridad de este capítulo es que todas estas categorías (excepto la pica) son mutuamente excluyentes.

Esto quiere decir que, en un periodo determinado (un episodio), solo se puede asignar una de esas etiquetas diagnósticas. La base lógica que apoya esta forma de clasificación excluyente es que, pese a que todos estos trastornos comparten características comunes, también se afirma que difieren en el curso y la respuesta al tratamiento (American Psychiatric Association, 2013). El único trastorno que puede ser

asignado en la presencia de otro trastorno alimentario y de la ingestión de alimentos es la pica.

El DSM-5 mejora de forma significativa la clasificación de los trastornos alimentarios (Sysko 2012).

Sin embargo, esta mejora todavía no es satisfactoria, ya que los casos de TCANE serán todavía numerosos. Existen otras propuestas, de cara al DSM-VI, que supondrían un cambio más radical en la forma de clasificar los trastornos alimentarios, incluyendo perspectivas dimensionales y transdiagnósticas que están siendo validadas tanto desde el punto teórico como de aplicación clínica (Fairburn & Cooper, 2011; Fairburn, Cooper, & Shafran, 2003).

Datos epidemiológicos y clínicos del DSM-5

El DSM-5 habla de una prevalencia de Anorexia a los 12 meses entre las mujeres jóvenes del 0,4%. Y de una prevalencia entre los hombres que refleja una proporción de 10:1 siendo muy superior al de las mujeres.

Suele empezar durante la adolescencia o la edad adulta temprana. Siendo raro el inicio antes de la pubertad o después de los 40 años.

El inicio de la enfermedad se suele asociar a un acontecimiento vital estresante.

La mayoría de los individuos presentan una remisión a los cinco años del comienzo.

La tasa bruta de mortalidad (TBM) es de aproximadamente 5% por década y las muertes suelen producirse por las complicaciones médicas o por el suicidio.

Según el DSM-5, los individuos con trastornos de ansiedad o con rasgos obsesivos en la infancia tienen mayor riesgo de desarrollar anorexia nerviosa.

Así mismo la cultura y determinadas profesiones o aficiones que valoran positivamente la delgadez aumentan también el riesgo de desarrollo de anorexia.

Respecto a la Bulimia la prevalencia a los 12 meses es del 1-1,5%. También es un trastorno que se inicia en la adolescencia tardía o la edad adulta temprana.

La tasa bruta de mortalidad en el caso de la Bulimia es de 2% por década. Puesto que hay una amplia migración de la anorexia a la bulimia y en menor grado en orden

inverso se recomienda hacer el diagnóstico basándose en la presentación clínica al momento de la consulta (los tres meses anteriores).

Como factores de riesgo se señalan la baja autoestima, los síntomas depresivos, el trastorno de ansiedad social y el trastorno de ansiedad generalizada en la infancia.

En el caso de la bulimia muy especialmente se hace referencia al abuso de carácter físico o sexual en la infancia como factor de riesgo para desarrollar bulimia.

Entre los factores genéticos y fisiológicos destaca el DSM-5, la obesidad en la infancia y el desarrollo puberal temprano.

La comorbilidad de la bulimia nerviosa con otros trastornos mentales es frecuente. Entre ellos destaca la presencia de síntomas depresivos, y bipolares. También los síntomas de ansiedad y los trastornos de ansiedad.

La prevalencia vitalicia del consumo de sustancias, sobre todo alcohol y estimulantes es del 30%. Indicando que en muchas ocasiones el consumo de estimulantes se inicia como un intento de controlar el apetito y el peso.

Respecto a la personalidad un porcentaje alto de individuos con bulimia presenta características de personalidad que cumplen criterios para uno a varios trastornos, siendo el más frecuente el trastorno límite de personalidad.

En el caso del Trastorno por Atracón la prevalencia a 12 meses del tratamiento en mujeres en Estados Unidos es de 1,6 y en hombres 0,8. La proporción por género es más equilibrada que en los otros trastornos a los que nos hemos referido anteriormente.

Se conoce poco sobre el desarrollo de este trastorno pero la pérdida de control de la ingesta puede representar la fase prodrómica de un trastorno de la conducta alimentaria. A diferencia de la bulimia nerviosa en el caso del trastorno por atracón los individuos inician dieta posterior, mientras que en la bulimia suele preceder la realización de algún tipo de régimen. Es un trastorno que igualmente se inicia en la adolescencia o edad adulta temprana pero que puede iniciarse con frecuencia en la edad adulta más tardía. Parece relativamente persistente con un curso comparable a la bulimia nerviosa y no es frecuente la migración de este trastorno a otros TCA.

Según el DSM-5, puesto que es un trastorno que se da dentro de algunas familias, podría reflejar influencias genéticas adictivas.

La comorbilidad más frecuente es con trastornos bipolares, trastornos depresivos, trastornos de ansiedad y, en menor caso, los trastornos por consumo de sustancias

6. *Impulsividad*

La impulsividad es entendida como una dimensión de personalidad que aparece siempre agrupada como formando parte de un conjunto de dimensiones que forman rasgos.

Parece pues que la impulsividad es casi para todos los modelos de personalidad una dimensión primaria que forma parte de la personalidad casi siempre aglutinada con otra serie de dimensiones primarias.

Sin embargo, no parece ser una dimensión en sí misma sino que a su vez parece estar formada por distintos tipos de subdimensiones.

Uno de los motivos por los que la impulsividad se ha tratado como un factor independiente de los rasgos de personalidad es el hecho de haberla encontrado como un elemento común dentro de diversos de estos rasgos. (Squillace 2011)

En el modelo de Eysenck la impulsividad se situó en un primer momento como una de las facetas de la Extroversión (Eysenck, 1959). Más tarde, cuando apareció el tercer factor de personalidad el *Psicoticismo* surgido de una nueva conceptualización de la personalidad (Eysenck, 1987), se planteó el problema de la nueva ubicación de la Impulsividad dentro del modelo ya que tanto la Extroversión como el Psicoticismo parecían compartir esta característica. Se realizaron estudios en los que la impulsividad correlacionaba positivamente con ambos factores (Glicksohn, Naftuliev, & Golan-Smooha, 2007)

Para Eysenck la impulsividad es un concepto complejo que está compuesto por cuatro factores diferentes: 1) la *Impulsividad en sentido estricto o propiamente dicha*, 2) la

Toma de Riesgos, 3) la *Capacidad de Improvisación sin Planificar* y 4) la *Vitalidad* (Eysenck, & Eysenck, 1977; Eysenck, & Eysenck, 1978; Eysenck, 1987).

La *Impulsividad en sentido estricto*, consiste en el actuar rápido e irreflexivo, llevado por las ganancias presentes, sin prestar atención a las consecuencias a medio y largo plazo. Dicha característica está asociada positivamente tanto con *Neuroticismo* como con *Psicoticismo* pero no así con la *Extroversión*. La *Toma de Riesgos*, se refiere a la búsqueda de actividades que conlleven la posibilidad tanto de obtener recompensas como castigos. Dicha tendencia correlaciona tanto con *Extroversión* como con *Psicoticismo*. La *Improvisación*, es la capacidad para actuar sin planear (el sujeto utiliza aquellas estrategias que se le ocurren en el momento), correlaciona positivamente con *Psicoticismo*, negativamente con *Neuroticismo* y no está clara su relación con *Extroversión*. La *Vitalidad* entendida como energía y capacidad de actividad se relaciona positivamente con *Extroversión*, negativamente con *Neuroticismo* y no parece tener relación con el *Psicoticismo* (Eysenck, & Eysenck, 1977; Eysenck, & Eysenck, 1978; Eysenck, 1987).

Finalmente se considera que ya el último período teórico de Eysenck permite entender la presencia de dos grandes impulsividades: la *impulsividad* propiamente dicha y la *búsqueda de aventuras* (Russo, Leone, Lauriola, & Lucidi, 2008).

Dickman (Dickman, 1990; Dickman 2000), distingue dos clases distintas de impulsividad. A partir de un estudio correlacional encuentra por un lado la *Impulsividad Funcional*(IF) que se relaciona con el entusiasmo, la toma de riesgos, altos niveles de actividad y audacia. Y por otra parte la *Impulsividad Disfuncional*(ID) que se relaciona con conductas desordenadas e improductivas que no conducen a beneficios para el individuo. Ambos tipos se integran, a su vez, en el constructo denominado *Impulsividad Superior* (IS).

Para el concepto de impulsividad Barratt y colaboradores (1997) proponen una definición biopsicosocial (Barratt, Stanford, Kent, & Felthous, 1997). Es pensada como

una tendencia psicobiológica que predispone a un espectro de comportamientos más que a una acción en particular. La definen como una predisposición a realizar acciones rápidas y no reflexivas en respuesta a estímulos internos y/o externos sin tener en cuenta las consecuencias negativas que podrían tener estas acciones para uno mismo como para otros (Moeller, et al., 2001).

En la revisión de la escala original desarrollada por Barratt (1975) para medir impulsividad, el *Barratt Impulsiveness Scale* BIS- 11, surgió una estructura factorial de seis dimensiones principales y tres factores secundarios (Patton, Stanford, & Barratt, 1995). Según este estudio esta escala mostró correlaciones significativas con otros instrumentos tales como la escala *Búsqueda de Sensaciones* desarrollada por Zuckerman. La relación se produjo específicamente con el subfactor *Desinhibición* de Zuckerman. Asimismo, las asociaciones halladas con el Cuestionario de Impulsividad de Eysenck fueron en un primer momento con la dimensión Extraversión Posteriormente y como consecuencia de la reformulación de la teoría y la aparición del nuevo factor Psicoticismo se asoció también con esta dimensión al incluirse la impulsividad dentro de este rasgo de personalidad (Patton, et al., 1995).

Los seis componentes principales de la impulsividad de Barratt son: a) La dimensión 1, definida como *Atención*, que se relaciona con la capacidad del individuo para mantener su concentración durante la realización de tareas; b) La dimensión 2, *Impulsividad Motora*, implica la tendencia a actuar según los estados emocionales transitorios o del momento; c) La dimensión 3, *Autocontrol*, se relaciona con una orientación del sujeto a planear y pensar cuidadosamente las acciones antes de llevarlas a cabo; d) La dimensión 4, *Complejidad Cognitiva*, implica el disfrutar de pruebas mentales que resulten desafiantes para el individuo, tales como el cálculo mental, acertijos, etc.; e) La dimensión 5, *Perseverancia*, trata de un estilo de vida consistente, con regularidad en las costumbres y hábitos; por último f) La dimensión 6, llamada *Inestabilidad Cognitiva*, se refiere a la tendencia a la distractibilidad que

sufren los individuos debido a la interferencia de sensaciones y pensamientos intrusivos.

Posteriormente se extrajo una estructura factorial de segundo orden que delimitó tres factores: 1. El factor I planteado como Impulsividad Motora IM, combina las dimensiones 2 (*Motora*) y 5 (*Perseverancia*), que se caracteriza por una tendencia general a actuar motivado por las emociones del momento. 2. El factor II definido como Impulsividad Atencional IA, combina las dimensiones 1 (*Atención*) y 6 (*Inestabilidad cognitiva*). Ambas hacen referencia a un bajo control sobre la intrusión de pensamientos y dificultades para la atención sostenida. 3. El factor III, llamado Impulsividad por Imprevisión II, combina las dimensiones 3 (*Autocontrol*) y 4 (*Complejidad cognitiva*). Siendo este un estilo de procesamiento de la información apresurado que lleva a tomar decisiones rápidamente, sin planear y con orientación hacia el presente. (Squillace 2011)

A modo de resumen para Barratt la impulsividad está compuesta por tres factores. El primero de ellos, la Impulsividad Motora, implica actuar sin pensar, dejándose llevar por el ímpetu del momento. En segundo lugar, la Impulsividad Cognitiva implica una propensión a tomar decisiones rápidas. Finalmente, la Impulsividad no-planeada se caracteriza por la tendencia a no planificar, mostrando un mayor interés por el presente que por el futuro.

Para Zukerman la impulsividad es una de las dimensiones básicas junto con Neuroticismo, Extraversión, Actividad y Hostilidad.

En el área de la psicopatología múltiples síndromes tienen a la impulsividad como característica esencial. Entre estos trastornos destacan el trastorno límite de la personalidad (Hollander et al., 2003; Hollander, Swann, Coccaro, Jiang, & Smith, 2005), el Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (Winstanley, Tagle, & Robbins, 2006), el trastorno bipolar (Clark, Iversen, & Goodwin, 2001; Najt, et al., 2007), el

trastorno por control de los impulsos (Hoyle, 2006), los comportamientos antisociales (Gudjonsson, & Sigurdsson, 2007), y el trastorno de dependencia de sustancias (Hittner, & Swickert, 2006; McGue, 2001; Pedrero Pérez, 2009; Schmidt, Messoulam, Molina, & Abal, 2006).

A modo de resumen puede decirse que, la Impulsividad es una de las dimensiones más básicas y relevantes de personalidad. Es un rasgo genéticamente influenciado, con una más que probable base neuroquímica y relativamente contrastada a través de estudios experimentales con humanos y otras especies. Es un fuerte determinante de hábitos, intereses, actitudes y conductas y de manera común la impulsividad se asocia a las conductas de riesgo.

Como se ha señalado anteriormente se relaciona con *Psicoticismo*, más que con *Extroversión*, en el sistema trifactorial de Eysenck, y con todas las facetas de *Escrupulosidad* del modelo de los cinco factores de Costa y McCrae, y en menor grado con *Extroversión*.

7. Retos nosológicos sobre los Trastornos de la Conducta Alimentaria

Uno de los principales problemas que deben ser resueltos en el ámbito de los TCA es el de la definición de caso. Como sucede con otras muchas categorías diagnósticas en psiquiatría, los actuales criterios diagnósticos no tienen la validez y fiabilidad necesarias, lo que afecta a la utilidad de los mismos cuando se trata de aplicarlos en la clínica, de establecer un pronóstico sobre el curso o de planificar el tratamiento. La revisión de los criterios diagnósticos propuesta para el DSM-5 no supone un cambio sustancial en relación con los de su antecesor, el DSM-IV, aunque elimina algunas ambigüedades y aclara el panorama en lo relativo a la identificación de las entidades clínicas propuestas. También avanza en cierto modo hacia la conjunción con el otro manual básico de diagnóstico, la CIE-10. En el borrador del DSM-5 en la versión de mayo de 2011, accesible a través de la página web de la American Psychiatric Association, podemos

observar como la propuesta para el capítulo de los trastornos del proceso alimentario y de la alimentación se sigue apoyando, en lo referente a los TCA, en 2 cuadros principales, la AN y la BN, con una entidad clínica añadida (el trastorno por atracón). Los elementos clínicos centrales para la identificación de la AN y la BN son la disminución de la ingesta y la consiguiente pérdida significativa de peso (en el caso de la AN) y la existencia de atracones y conductas compensadoras (en el caso de la BN), aunque junto a ellos aparecen, como factores moduladores, otros elementos más o menos comunes a ambos trastornos tales como el temor a recuperar el peso que se ha perdido, la percepción distorsionada del propio cuerpo o la influencia intensa del aspecto corporal en la autoevaluación. Mientras la diferenciación entre AN restrictiva y AN purgativa, presente en el DSM-IV, se mantiene en el DSM-5, solamente se contempla como subtipo de BN la forma purgativa, lo que hace que la mayoría de los casos previamente identificados como BN no purgativa pasen al apartado del trastorno por atracón, que como se ha dicho pasa a tener identidad en el nuevo manual. En el DSM-5 los criterios diagnósticos se flexibilizan, al estilo de lo que sucedía en la CIE-10, dando cabida a las formas atípicas (con sintomatología incompleta) y subclínicas (subumbral) tanto de AN, como de BN y de trastorno por atracón. Esto es importante porque un gran número de pacientes se mueven entre las dimensiones clínica/subclínica a lo largo de la evolución del TCA. En este sentido, hay que señalar que, en general, la estabilidad diagnóstica de los TCA a medio y largo plazo es baja (Fairburn 2003; Fichter 2006), con frecuentes migraciones de los pacientes de una categoría diagnóstica a otra. Para solventar el problema de la estabilidad diagnóstica, Fairburn y Cooper (Fairburn 2007) propusieron hace años la adopción de un *modelo transdiagnóstico* de los TCA, estructurado alrededor de una categoría diagnóstica única, que vendría definida por la presencia de preocupaciones sobrevaloradas en relación con la comida, el peso y la figura corporal. A pesar de que supone un avance notable en la conceptualización de los TCA, el *modelo transdiagnóstico* tiene una limitación fundamental, que viene dada por la elevada prevalencia de estas preocupaciones entre la población adolescente (Rojo 2003), lo que hace que la frontera entre casos y no casos sea demasiado imprecisa y permeable. Los elementos psicopatológicos elegidos por Fairburn y Cooper para definir la categoría

centralen sí mismos también tienen sus limitaciones y pueden ser objeto de crítica, en el sentido de que pueden estar excesivamente influidos por la «visión occidental» aplicada a los TCA. De acuerdo con Russell (2003), los únicos elementos que han permanecido estables a lo largo de la historia de la AN han sido su aparición prevalente en mujeres jóvenes, la restricción alimentaria y la falta de conciencia de enfermedad de las pacientes, pudiendo el resto de los síntomas ser entendidos como elaboraciones culturales, lo que vendría demostrado por las diferencias observables en las diferentes sociedades en lo que podríamos denominar *síntomas añadidos* (Thomas 2011; Bennet 2004). Estos datos apoyan la necesidad de contar con otros elementos que puedan proporcionar mayor fiabilidad y validez a los diagnósticos, como sería, en la línea del *modelo transdiagnóstico*, la elección como categoría diagnóstica central la existencia de una disfunción primaria de la alimentación capaz de afectar la salud y el funcionamiento personal del sujeto.

En un estudio reciente dedicado al análisis crítico del *modelo transdiagnóstico* mediante la aplicación de los *criterios de causalidad de Hill*, Birmingham (2009) llegó a la conclusión de que AN y BN se conceptualizan mejor como entidades diferenciadas que como formas clínicas de un mismo proceso, ya que a pesar de su fuerte asociación, su analogía y la posibilidad de que existan mecanismos biológicos subyacentes comunes, ambos trastornos no cumplen los criterios que habitualmente se aplican a las entidades clínicas únicas (Birmingham 2009). Una propuesta alternativa al *modelo transdiagnóstico* ha sido la conceptualización de los trastornos alimentarios como subcategorías de los trastornos de ansiedad (Waller 2008). Desde esta perspectiva, los TCA se caracterizarían por la presencia de ansiedad y de conductas defensivas focalizadas en la comida, la alimentación, el peso y la figura. Avalarían este punto de vista la elevada comorbilidad de TCA y trastornos de ansiedad, su asociación con trastornos de personalidad en los que la ansiedad es también un fenómeno significativo (como el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad, el trastorno límite de la personalidad y el trastorno de personalidad por evitación) y la importante agregación de trastornos de ansiedad entre los familiares de sujetos con TCA.

Otra vía alternativa de conceptualización de los TCA viene dada por la consideración de la personalidad y la delimitación de 3 subtipos básicos de pacientes: el paciente de alto funcionamiento-perfeccionista, el constreñido-sobrecontrolado y el emocionalmente desregulado-descontrolado (Westen 2001). Esta diferenciación parece tener implicaciones en relación con la potencial comorbilidad psiquiátrica, con el nivel de funcionamiento psicosocial y con un elemento que podría tener una dimensión etiológica: los antecedentes de abusos sexuales en la infancia, ya que estos factores clínicos parecen asociarse de forma significativa con los 3 subtipos de pacientes definidos. De acuerdo con este punto de vista, la forma más apropiada de subdividir a la población con TCA sería diferenciando entre pacientes que a lo largo de su vida han tenido solamente síntomas propios de AN, los que solamente han presentado síntomas propios de BN y los que han presentado ambas formas clínicas (pacientes con AN purgativa y pacientes con BN y antecedentes de AN).

Dentro de esta misma línea de trabajo, cabe reseñar otros estudios que han pretendido identificar fenotipos de TCA basados en criterios psicopatológicos y factores ligados a la personalidad. En un trabajo reciente (Krug et al. 2011), aplicando técnicas de análisis de perfiles latentes a los datos aportados por el Inventario del Temperamento y el Carácter (TCI-R) de Cloninger, identificaron 6 grupos de pacientes, con perfiles de personalidades específicos, a los que denominaron «centrado en sí mismo», «inhibido», «promedio», «impulsivo», «adaptativo» y «maladaptativo». Los 2 últimos grupos eran los que mayores niveles de patología alimentaria presentaban, pero la concordancia de los grupos aislados con la diferenciación clínica propuesta por el DSM-IV fue muy baja. También en esta línea de trabajo, Peñas-Lledo (2009), basándose en el modelo de Stice (2001) han propuesto la existencia de 4 subtipos de pacientes, de acuerdo con la intensidad de la dieta y de las manifestaciones afectivas presentes en los mismos. Sin embargo, al analizar la concordancia de su propuesta de clasificación con las categorías diagnósticas del DSM-IV encuentran, como en el caso anterior, que la misma es muy baja. Este grupo de autores ha hecho también una propuesta (Peñas-Lledo 2010) basada en la existencia de ansiedad social y búsqueda de novedades, un rasgo ligado al temperamento. Aunque en su trabajo encontraron una solución basada en 5

factores, tras analizar la concordancia de los mismos con la agrupación de pacientes basada en los criterios diagnósticos del DSM-IV hallaron la misma baja correlación hallada en los estudios previos. Finalmente, otro planteamiento, sobre el que vamos a profundizar en el siguiente apartado, es la consideración de los trastornos alimentarios como una variedad de trastorno adictivo.

En la consideración de los TCA como trastornos adictivos hay que dejar constancia del hecho de que, como en otras propuestas, parece haber elementos a favor y en contra de esta forma de entender los TCA, mostrándose discrepante una parte de la literatura, y a favor otra, de la posibilidad de que exista en los mismos un proceso adictivo en relación con los alimentos. Wilson (2010), por ejemplo, se muestra contrario a la hora de considerar que los alimentos, incluso algunos tan específicos como los carbohidratos, puedan ser adictivos, a pesar de que muchas veces el patrón clínico con que se manifiestan las pacientes con TCA nos trae a la mente una potencial asociación con las adicciones. De todos modos, no se trataría tanto de una adicción a la sustancia (alimento), cuanto de una «adicción comportamental», que debería ser entendida como un trastorno de dependencia vinculado a actividades humanas diversas, a menudo placenteras, no relacionadas con la ingestión de sustancias; se incluirían aquí el juego patológico, la adicción al sexo o el ejercicio patológico (Berridge 2009; Verdejo-García 2009). En el contexto de los trastornos alimentarios el atracón es tal vez el fenómeno clínico más sugerente. De hecho, si nos centramos en las características básicas del atracón, vemos en él muchos elementos comunes con las conductas adictivas: *a)* malestar cuando no puede realizarse; *b)* ingesta superior o de una duración mucho mayor del tiempo pretendido; *c)* «incapacidad» para reducir o controlar su realización; *d)* dedicación de mucho tiempo a la fase de planificación, realización o recuperación; *e)* frecuente interferencia con la realización de otras actividades (se aplazan relaciones sociales por ejemplo); y *f)* mantenimiento de tales conductas a pesar de que el individuo conozca y tema sus consecuencias negativas. Todas las características citadas parecen verse con claridad en muchos casos de BN y de TA. Ahora bien, ¿qué sucede con la AN; se puede ser adicto a no realizar algo o a no consumir algo? En otras palabras: ¿cabe la AN en el modelo adictivo?

La respuesta a esta última pregunta sería afirmativa si tenemos en cuenta que: a) la *tolerancia* puede equivaler al incremento progresivo de la restricción alimentaria hasta llegar al ayuno absoluto; b) la *abstinencia* puede corresponderse con la ansiedad que surge ante la obligación de comer; c) las pacientes no pueden controlar la restricción dietética; d) las pacientes ocupan una parte muy importante de su tiempo en pensar en cómo evitar comer; e) existen graves interferencias psicológicas, académicas, laborales y sociales; f) hay una clara imposibilidad de limitar la restricción, aun a sabiendas de las consecuencias negativas que tiene. Así, y aunque no se trata de entregarse abiertamente a esta propuesta, el Prof. Rojo (2006) cree que hay que ser atrevidos en el punto en el que se encuentran actualmente nuestros conocimientos ante la ausencia de modelos etiopatogénicos o terapéuticos desarrollados. El modelo adictivo nos puede ofrecer, al menos, una posibilidad de subtipificar algunos de los casos, en los que se podría intervenir de una manera más específica.

8. Personalidad y Trastornos de la Conducta Alimentaria

8.1. Influencia en la evolución clínica

El interés en el estudio de la personalidad en los trastornos de la conducta alimentaria surge de la necesidad de encontrar mejoras en el conocimiento de la génesis de estos trastornos, conocer la repercusión que la personalidad pueda tener en el pronóstico y detectar posibles factores de riesgo en el inicio de la enfermedad. Además de la búsqueda de estrategias terapéuticas más eficaces.

Teniendo en cuenta cualquier patología mental y la relación que tengan con las alteraciones de la personalidad, éstas pueden ser consideradas como un factor predisponente, como una complicación, como una influencia o como una entidad independiente del trastorno de la conducta alimentaria. La ausencia de estudios prospectivos a largo plazo no ha permitido esclarecer esta incógnita.

Los datos de comorbilidad entre los trastornos de personalidad y los de alimentación son muy heterogéneos ((Thompson-Brenner 2008). Si bien los trastornos de personalidad aparecen con frecuencia en los TCA, las proporciones de afectación de estos trastornos tienen una gran variabilidad de unos estudios a otros. (Wonderlich and Swift 1990; Skodol, Oldham et al. 1993)

Se estima que la presencia de alteraciones de la personalidad en pacientes con conducta alimentaria anómala oscila, según diferentes estudios entre un 53 y un 93% (Powers, Coover et al. 1988; Gartner, Marcus et al. 1989; Yager, Landsverk et al. 1989; Zanarini, Frankenburg et al. 1990; Skodol, Oldham et al. 1993). Se estima por tanto una media de 59%, además sufriendo variaciones dependiendo de si la muestra de pacientes era ambulatoria o ingresos.

No hemos de olvidar algunos de los diferentes factores que dificultan la consecución de conclusiones más concisas, entre los cuales destacan: los efectos de la desnutrición o de las alteraciones del humor en los resultados de las valoraciones de la personalidad(Sohlberg and Strober 1994), la ausencia de escalas adecuadas de personalidad en la adolescencia (puesto que es una enfermedad que hace su aparición fundamentalmente en esta época de la vida pero aún la personalidad con está completamente estructurada) o la controversia entre los métodos de valoración de la personalidad (autoinformado vs entrevista estructurada; autoinformado vs información de personas próximas al paciente; cuestionarios vs entrevista).

Las alteraciones en la personalidad de pacientes con TCA se han explicado en ocasiones por la influencia que tendría el bajo peso fundamentalmente en dichas alteraciones. En esta relación entre la personalidad y el peso, algunos estudios que valoran el impacto que el aumento de peso y el tratamiento tienen sobre la personalidad, han encontrado escasos cambios respecto a las mediciones previas. Lo cual permitiría suponer que la alteración de la personalidad no es tan sólo una consecuencia del trastorno de la conducta alimentaria y el peso (Loranger, Lenzenweger et al. 1991; Sohlberg and Strober 1994).

Sin embargo, existen resultados contrarios que avalan la mejoría conjunta del trastorno de personalidad y de la sintomatología del trastorno de la conducta alimentaria (Herzog, Keller et al. 1992; Grilo 2003).

Hay estudios en los que se ha encontrado que tanto en pacientes anoréxicas como bulímicas con trastorno de personalidad la psicopatología permanecía más severa si bien no existían diferencias en la cantidad de síntomas entre ambos grupos (Wonderlich, Fullerton et al. 1994). Por otra parte en este mismo estudio se observó que la influencia de la personalidad sobre la evolución psicopatológica dependía de la escala de personalidad que se hubiese empleado. Cuando se seguían los criterios del SCID-II (Structured Clinical Interview for DSM Personality Disorders) los trastornos de personalidad no parecían tener influencia en la evolución. Sin embargo, sí se relacionaba positivamente con el número de hospitalizaciones y con una mayor utilización de medicación. De otro lado, cuando se empleaba la Escala de Personalidad de Wisconsin (WISPI) la personalidad tenía relación con el curso del trastorno de la conducta alimentaria. Siendo factores predictores de mal pronóstico las puntuaciones elevadas en los rasgos de neuroticismo y obsesividad así como en los rasgos de inestabilidad interpersonal y afectiva, impulsividad, autodestrucción y sensibilidad al abandono. Siendo estos rasgos definitorios en la escala WISPI del trastorno límite de la personalidad, coincidiendo con otras investigaciones que encuentran correlación entre el curso negativo de los trastornos de la conducta alimentaria cuando hay comorbilidad con el Trastorno Límite (Rosenvinge and Moulund 1990; Wonderlich, Fullerton et al. 1994). De otro lado el trastorno límite tiene alta tasa de alcoholismo, intentos de suicidio y abuso de sustancias (Verkes, Pijl et al. 1996).

La presencia de algún trastorno de la personalidad en pacientes bulímicas se ha asociado con una recuperación más lenta así como con un mayor mantenimiento de criterios de BN (Wonderlich, Ukestad et al. 1994)

En los trastornos de alimentación que a su vez tienen algún trastorno de personalidad del grupo C aparecen aumentadas las tasas de comorbilidad con depresión mayor.

En cuanto a la repercusión en la sintomatología clínica, en los casos en los que existe comorbilidad entre TCA y Trastornos de Personalidad no muestran una diferencia en la historia de peso y en los atracones, mientras que sí se relaciona con una mayor duración de la enfermedad y un mayor número de conductas de purgas. Hablando específicamente del Trastorno Límite de Personalidad este se relaciona más ampliamente con una afectividad más alterada, con mayor índice de gestos suicidas y parasuicidas, mayor grado de disfunción familiar y con mayores probabilidades de hospitalización (Wonderlich, Ukestad et al. 1994).

En base a los diagnósticos del DSM IV que se manejaban hasta ahora en la literatura, se ha encontrado que el 73% de las pacientes que padecen anorexia nerviosa restrictiva padecen además otro diagnóstico del eje I, así como el 82% de las anoréxicas de tipo compulsivo/purgativo y un 60% de las bulímicas (Herzog, Keller et al. 1992).

Los trastornos mentales más comúnmente asociados son los afectivos, principalmente depresión mayor, y los de abuso de sustancias (Herzog, Keller et al. 1992; Verkes, Pijl et al. 1996).

También se ha comprobado que la comorbilidad de los trastornos de personalidad con otras patologías como por ejemplo la depresión o el trastorno de pánico constituye un factor de mal pronóstico.

Según otros estudios en el 56% de los pacientes diagnosticados de AN y BN se diagnostica un Trastorno de la personalidad comórbido (Zerbe 1993) y en pacientes diagnosticados de trastorno por atracón, el 20% tenían un trastorno de la personalidad comórbido (Telch, 1998).

La impulsividad parece asociada a muchos trastornos mentales y es identificada como un factor cuya influencia empeora el pronóstico. En los últimos años la impulsividad ha generado un amplio interés en los TCA, sobre todo dentro de la bulimia nerviosa. La impulsividad sería un aspecto común que aparece también en algunos trastornos de personalidad.

La compulsividad por el contrario como polo opuesto a la impulsividad podría manifestarse en la obsesión por la delgadez y en el persistente rechazo a la alimentación propio de las pacientes anoréxicas.

La aparición simultánea de más de un trastorno de personalidad ocurre en pacientes con TCA con mayor frecuencia que en la población general. Esta mayor frecuencia es superior en pacientes bulímicas que previamente habían tenido historia de anorexia nerviosa de tipo compulsivo/purgativo (Herzog, Keller et al. 1992; Braun, Sunday et al. 1994).

Existe una creciente literatura científica acerca de la importancia y frecuencia de la comorbilidad entre abuso de sustancias y TCA, llegando a cifrarse por encima del 32 % de los pacientes con adicción a sustancias y supera el 49% en las poblaciones de TCA (Bulik, 1987).

Tal y como refleja el trabajo de Courbasson y Brunshaw (2009) , la concurrencia con evolución crónica de trastorno por consumo de sustancias , junto con los TCA puede dificultar la distinción de la sintomatología de los trastornos de la personalidad. Muchos síntomas atribuidos a trastornos de la personalidad se reducen cuando el consumo de la sustancia de abuso y el TCA son tratados conjuntamente.

Los pacientes que son diagnosticados de abuso de sustancias y TCA de forma comórbida son diagnosticados además entre el 11,7% y el 26% de trastornos de la personalidad también (Braun 1994). Siendo los Trastornos de la Personalidad agrupados en el llamado grupo B son los más comunes en pacientes donde concurre TCA y abuso de sustancias. (Grilo, C.M 1995).

Además, de los individuos que buscan tratamiento para adicciones a sustancias, por encima del 65% han sido diagnosticados de trastorno límite de la personalidad (DeJong 1993).

En otro estudio hecho en pacientes que buscaban tratamiento para adicciones y además tenían un diagnóstico de TCA, resultó que el 26% padecían trastorno límite de la

personalidad, el 18% trastorno obsesivo de la personalidad y el 11.7% trastorno evitativo de la personalidad (Courbasson 2003).

Esta triple comorbilidad acarrea una evolución muy severa con altos costes para la Sociedad. Estos pacientes tendrán dificultades para mantener su trabajo, una estabilidad económica y una red social mínima de apoyo (Telch 1998; Zerbe 1993).

La mayor parte de los pacientes del estudio de Oyvind (2005) afectos de abuso de sustancias, trastornos de la conducta alimentaria y de trastorno de la personalidad, una vez que recibían tratamiento, resultaba que los que habían sido diagnosticados al principio del tratamiento de trastorno de la personalidad, al finalizar el tratamiento del abuso de sustancias y TCA, no reunían criterios de Trastorno de la personalidad. Estos resultados fueron replicados por Vrabel (2010).

En otro trabajo, Oyvind (2005) comprobó que en general los cambios sintomáticos de los TCA ocurrían previamente a los cambios en la personalidad, sugiriendo que las alteraciones de la personalidad serían una consecuencia del TCA. Sin embargo el hecho de asociarse una adicción empeoraba el pronóstico.

En general los estudios se han centrado en las comorbilidades psiquiátricas bien sean las que antes pertenecían al eje I del DSM IV o bien al eje II que incluía los Trastornos de Personalidad. Sin embargo, son escasos los estudios que centren su atención en rasgos de personalidad o en las características de personalidad. Se une a esta escasez de estudios la variabilidad en modelos e instrumentos de medida empleados a la hora de estudiar los rasgos de personalidad.

Destacamos de los hallazgos encontrados que las pacientes con AN tenían altos niveles de inhibición y evitación del riesgo (Casper y cols 1990) como rasgos de personalidad. Y que aplicando el EPQ Gardner y cols (1980) encontraron que estas pacientes eran más emocionalmente inestables e introvertidas.

Quizá en esta línea es pertinente recordar el trabajo que Jáuregui et al (2009) han realizado en nuestro entorno nacional cuyo objetivo era estudiar las características de personalidad en pacientes ambulatorios con trastornos alimentarios y la influencia de

dichas características y ciertos síndromes clínicos en la evolución de esos trastornos, especialmente cuando cursan durante más de 7 años. Resultó que de los 147 pacientes analizados con el test de Millon en las formas clínicas purgativas la prevalencia de alteración de la personalidad en base a su modelo teórico es del 31,07% y en no purgativas, del 24,75%, siendo el trastorno obsesivo en la AN y el trastorno histriónico en la BN los más prevalentes en estos subtipos. En definitiva concluyen que valorar los estilos de personalidad y síndromes clínicos asociados a los trastornos alimentarios parece de suma importancia terapéutica y pronóstica.

Con estos datos y la posibilidad de influencia de los trastornos de personalidad en la cronificación de los TCA, su abordaje parece fundamental para lograr una buena evolución clínica (Wonderlich and Swift 1990) y unos niveles de funcionamiento global satisfactorios (Herzog, Keller et al. 1992).

Todas las orientaciones que tratan de abordar la etiología y el tratamiento de los trastornos de alimentación hacen referencia a variables de distinta índole. Pero a modo de resumen y desde un punto de vista más psicológico y menos psiquiátrico toda la literatura que intenta hacer un acercamiento a la descripción y comprensión psicológica de la personalidad de las personas con estos trastornos coincide en hablar desde una orientación más cognitiva de una serie de características como son:

- baja autoestima
- dificultad para tolerar la frustración
- impulsividad
- rasgos de personalidad obsesiva y perfeccionista
- rasgos de personalidad ansioso-depresivos

Desde un enfoque más psicodinámico se hace referencia a:

- las dificultades en la aceptación de la necesidad de un otro
- dificultades en el manejo de la dependencia

- aspectos en la organización del narcisismo no resueltos

- dificultad para establecer vínculos íntimos y mantenerlos

La literatura al respecto hace una clara distinción entre aspectos o rasgos característicos de la bulimia y la anorexia fundamentalmente.

Las características de la bulimia se asocian a personalidades

- más impulsivas

- más inestables emocionalmente

- menos perfeccionistas

- y con una dificultad en encontrar un límite en su necesidad del otro en las relaciones interpersonales.

Por el contrario la anorexia se asocia a:

- personalidades más narcisistas, perfeccionistas, controladoras

- y con una dificultad a la hora de establecer un vínculo con el otro

En ambos casos y desde una explicación psicodinámica parece que el narcisismo y las relaciones vinculares están dañadas. Si bien parece que en la bulimia existe un modo de búsqueda de relación desadaptado y alternante entre la cercanía y la ausencia, en el caso de la anorexia la búsqueda no parece estar centrada en vincularse con el otro sino en controlar su necesidad para no tener que vincularse ni necesitar ni depender del otro.

Entendiendo que desde cualquier orientación con la que se intente trabajar en trastornos de alimentación hay consenso en la necesidad de un abordaje multidisciplinar y que en la base de la etiología de estos trastornos hay una claro componente de personalidad, de dificultad con el narcisismo y el vínculo, parece que

estos son aspectos a trabajar. Y para ello es preciso poder conocer en cada paciente con un trastorno de alimentación cuáles son los rasgos de personalidad que más van a agravar su estado y más van a impedir su recuperación para poder adaptar las intervenciones a dichas características.

Los trastornos de la alimentación tienen una dificultad añadida desde el punto de vista psicológico frente a otras patologías ya que hay un claro componente de oposición al cambio. Esa oposición al cambio tiene que ver con la identidad que las pacientes construyen en torno a un narcisismo primario omnipotente de control de la situación y de negación de la necesidad del otro. Esto es lo que hace especialmente difícil el trabajo con estos pacientes, ya que entre otras cosas, el profesional es un “otro”.

Por eso resulta difícil el tratamiento para los profesionales desde el momento en que hay una lucha por no aceptar nada que venga del otro (el profesional en este caso) en una instalación narcisista de autocontrol y autosuficiencia. Por eso, cuanto más y mejor conozcamos a nuestros pacientes más fácil resultará adaptar nuestros tratamientos a las características propias de cada uno de ellos.

8.2. Adolescencia, Personalidad y Trastornos de la Conducta Alimentaria

Los trastornos de la conducta alimentaria en su gran mayoría debutan en la adolescencia. Y en muchos de los casos en los que no ha sido así, cuando se rastrea la historia de estas mujeres casi siempre se encuentra una historia de obesidad infantil o insatisfacción corporal en la adolescencia que parece que permanece en forma latente hasta la aparición del trastorno de alimentación.

Por lo tanto la adolescencia parece ser un elemento importante a la hora de entender esta enfermedad. Los psicoanalistas han hecho en ese sentido un gran trabajo en la descripción de la adolescencia y los conflictos a los que cualquier persona tiene que hacer frente en esa etapa. Considerando además esta etapa como la más importante en la cristalización de la estructura mental de todo el desarrollo anterior. De este

modo fundamentalmente las teorías psicoanalíticas han tratado de buscar una comprensión de los trastornos de la alimentación desde el prisma de las dificultades a las que se enfrenta el adolescente.

Desde el punto de vista psicodinámico se entienden los trastornos de la alimentación como un trastorno del comportamiento, lo cual se traduce en un cierto fracaso del aparato psíquico de los adolescentes para hacer frente a los conflictos de su edad. Hay un desbordamiento de estos conflictos hacia el mundo exterior que implica necesariamente el entorno.

Entre las patologías que el Psicoanálisis denomina de la acción en la adolescencia se encontrarían los TCA, así como lo son las tentativas de suicidio, las toxicomanías, el alcoholismo o los trastornos oposicionistas. También considera trastornos de la acción la falta de esta de manera activa, el rechazo a actuar, la pasividad que por ejemplo se observa en los casos de rechazo escolar.

Jeammet(1989) es el autor psicoanalítico contemporáneo que más se ha dedicado a la adolescencia y a los trastornos de la conducta alimentaria. Opina este autor que existe una diferencia entre la forma de actuar de los chicos y las chicas adolescentes, de manera que las mujeres se centran más en su propio cuerpo y en todo lo que es un ataque al mismo (TCA, autoagresiones, etc.) mientras que en el caso de los varones predomina la heteroagresión (actos vandálicos, peleas, etc.)

Describe tres características que se observan en estos adolescentes en general pero que en el caso que nos interesa aquí que son los trastornos alimentarios cobran gran relevancia. En primer lugar se presentan como chicos y chicas altamente autosuficientes en sus argumentos, sin embargo, “son particularmente influenciables y ellos temen esa influencia”. En realidad como se ve claramente en los TCA son tremendamente dependientes de los demás y lo vemos en esas familias en las que las madres tienen que ponerles las raciones de comida adecuadas porque ellas no serían capaces, que tienen que retirar de las casas determinados alimentos a los que sino ellas no podrían resistirse sin voracidad. Pero al mismo tiempo son “muy obstinados,

muy tozudos, podrían morir antes que decir que sí y al mismo tiempo están pidiendo constantemente la ayuda de los demás” (Jeammet, 1989).

Otro punto común del que habla Jeammet es de la tendencia a la adicción que tienen estos trastornos del comportamiento. De manera que una vez un adolescente adopta un determinado trastorno tiene tendencia a encerrarse en él, habiendo una progresión a autoagravarse. Esto apunta a la línea actual que propone el Prof. Rojo (2006) de cara a un nuevo acercamiento a la comprensión de estas patologías.

En tercer lugar afirma que en los TCA, el pronóstico a largo plazo depende mucho más de la personalidad que del síntoma en sí. Explicando que existe una similitud entre la relación que tienen estas pacientes con el alimentos y su relación con todos los objetos de investimento, comportándose de la misma forma en ambos casos. Así es importante entender la personalidad de estas adolescentes.

Los adolescentes se enfrentan a grandes retos cuya resolución les va a posicionar como adultos. Entre los grandes retos están el de lograr su individualidad que pasa por su independencia a la vez que aceptar ciertas dependencias del otro que todo ser humano tiene. Y en segundo lugar, el adolescente tiene que enfrentarse a una sexualidad adulta, adoptar una identificación sexual además de tener que hacer frente a unas pulsiones sexuales que por primera vez pueden ser actuadas.

Hasta ahora estas pulsiones estaban o bien reprimidas o bien prohibidas. A partir de la adolescencia se empieza un camino en el que la sexualidad va a dejar de estar prohibida y de hecho todas las personas se ven impelidas a buscar una identidad y un posicionamiento bien sea activo o pasivo respecto a la sexualidad que mientras estaba prohibida no había lugar a plantearse.

En esta tesitura el adolescente debe luchar por encontrar un equilibrio entre su independencia y la dependencia de los demás así como al equilibrio entre la satisfacción de sus deseos y el control de estos mismos.

Si observamos a nuestras pacientes en la consulta su lucha focalizada en la comida es esta misma, me como o no me como lo que me dice mi madre en un intento de

encontrar ese equilibrio que no acaba de alcanzar entre la necesidad de su madre como persona que puede controlar este aspecto mejor que ella en algunas situaciones y el deseo de ser independiente en sus decisiones.

Así mismo, se observa una lucha encarnizada por tener sus impulsos y deseos bajo control absoluto ya que si no sienten que caerían en un desbordamiento de su pulsión. Pasando por momentos de descontrol absoluto en su ingesta en un fracaso por encontrar ese equilibrio.

Por eso para el autor la personalidad de estas pacientes nos puede ayudar a entender y trabajar sobre los síntomas de la alimentación en la medida de que estos son reflejo del modo de comportarse y actuar en todos los ámbitos de las relaciones con los objetos de su entorno. Entendiendo por objeto el concepto psicoanalítico del término.

8.3. Personalidad y Anorexia

Las pacientes anoréxicas son descritas con frecuencia como retraídas, introvertidas, perfeccionistas, obsesivas, rígidas y un largo etcétera.

Strober (1980) por ejemplo encuentra en estudios clínicos, psicométricos y familiares realizados hasta el momento que la personalidad premórbida de la AN es obsesiva, socialmente inhibida, rígida, meticulosa, perfeccionista y dependiente.

A nivel relacional suelen ser personas con escasas habilidades sociales, con poca empatía y escaso interés en las relaciones personales como fuente de intercambio mutuo. Esto puede chocar con el interés que parecen tener por conseguir la aceptación de los demás. Sin embargo, este interés social está más vinculado a la necesidad de aprobación y admiración que a una relación genuina interpersonal.

Según la APA (1994) las anoréxicas compulsivas/purgativas tienen mayor probabilidad de presentar problemas de abuso de alcohol y otras drogas, en el control de impulsos, de presencia de mayor actividad sexual y mayor labilidad emocional en comparación a las anoréxicas restrictivas.

Existe una gran controversia respecto a si algunos rasgos propios de las pacientes con anorexia sean debidos a la desnutrición. Así algunos rasgos como la dependencia, la introversión y la obsesividad propios de la anorexia puedan encontrarse agravados por el estado de desnutrición (Heebink and Halmi 1994). Esto puede confundir a la hora de identificar los rasgos estables de aquellos secundarios a la pérdida de peso como hemos visto antes. Aun así algunos estudios recientes con muestras de pacientes con antecedentes de AN en remisión estable han identificado elevados grados de inhibición y evitación del riesgo, restricción en la expresión de emociones y alto grado de conformidad como rasgos estructurales de la anorexia y no como consecuencia de la desnutrición. (Casper 1990).

Igualmente otros estudios han hallado rasgos obsesivos, pensamiento inflexible, introversión social, conducta sumisa y limitada espontaneidad social en pacientes anoréxicas tras la recuperación de peso a pesar del aumento de la extroversión y de la disminución de la sintomatología de tipo obsesiva. (Strober 1980).

Otros autores consideran la posibilidad de que estos rasgos constituyan la secuela de la enfermedad y no sean necesariamente factores etiológicos (Wonderlich, Fullerton et al. 1994).

Si nos centramos en el modelo de personalidad de Eysenck (neuroticismo-estabilidad; extroversión-introversión) se encuentran diferencias entre las pacientes anoréxicas frente a las bulímicas. Tanto en las anoréxicas restrictivas como en las vomitadoras se dan altos niveles de neuroticismo constituyendo una característica común (De Silva and Eysenck 1987). Sin embargo, las pacientes bulímicas puntúan mayoritariamente en extroversión en comparación con las anoréxicas que puntuarían en introversión (Casper, Hedeker et al. 1992). Hay que tener en cuenta que este modelo de personalidad cuenta con un importante fundamento biológico por lo que se podría considerar que sus factores son predisponentes para la anorexia nerviosa.

Strober (1983) basándose en el modelo psicobiológico de la personalidad de Cloningerha desarrollado un modelo de desarrollo para la AN. Considera que las

anoréxicas restrictivas poseen como características una serie de rasgos de personalidad con suficiente evidencia hereditaria y constitucional. Dichos rasgos consistirían en baja *búsqueda de novedades* ("*novelty seeking*"), alta *evitación del peligro* ("*harm avoidance*") y alta *dependencia del refuerzo* ("*reward dependence*").

En un intento de profundizar en las características de personalidad de las pacientes anoréxica Wonderlich (1994) identifica tres tipos de personalidades: a) uno que consistiría en un funcionamiento medianamente obsesivo sin trastorno severo de personalidad; b) otro tipo que sería socialmente evitativo con características más neuróticas y por último c) un tipo más gravemente alterado cuyas características son un alto grado de disforia, impulsividad y baja tolerancia a la frustración. Las pacientes anoréxicas con episodios bulímicos poseen ciertos rasgos comunes con las restrictivas como son la conformidad y el perfeccionismo, sin embargo, son más impulsivas, más inestables emocionalmente, extrovertidas y sexualmente más activas.

Las clasificaciones categoriales de la anorexia nerviosa y la personalidad

Al valorar la personalidad de las pacientes anoréxicas se obtiene que del 23% al 80% cumplen criterios para algún trastorno de la personalidad (Gartner, Marcus et al. 1989; Wonderlich and Swift 1990; Herzog, Keller et al. 1992).

Las pacientes con anoréxicas restrictivas tienden a recibir diagnósticos del grupo C (ansiosos-temerosos), mientras que las de tipo compulsivo/purgativo presentan trastornos de personalidad más severos y generalmente pertenecientes al grupo B (dramáticos emotivos) (Kennedy, McVey et al. 1990).

Igualmente otro grupo (Herzog, Keller et al. 1992) encontró que los trastornos del grupo C tenían mayores tasas de incidencia en la anorexia nerviosa, tanto restrictiva como compulsivo-purgativa, que en la bulimia nerviosa.

En lo que respecta a los trastornos del grupo C, el más común parece ser el trastorno por evitación (14-16%) seguido del trastorno por dependencia (5-10%) y del trastorno obsesivo-compulsivo (6-7%) (Wonderlich and Swift 1990; Skodol, Oldham et al. 1993).

De entre los trastornos del grupo B, el trastorno límite parece ser el más frecuente en las pacientes del espectro compulsivo-purgativo, tanto anoréxicas como bulímicas (Loranger, Lenzenweger et al. 1991; Herzog, Keller et al. 1992).

Se podría pensar como algunos autores defienden que hay un solapamiento entre la sintomatología del trastorno límite de personalidad y el comportamiento bulímico, principalmente el que hace referencia a los atracones. Pero incluso en el caso en el que se excluya el síntoma de atracón el diagnóstico del trastorno límite se mantendría. (Herzog, Keller et al. 1992).

Los menos frecuentes en las pacientes con anorexia son los trastornos pertenecientes al grupo A (extraños-excéntricos).

8.4. Personalidad y Bulimia

En el caso de la bulimia nerviosa en algunos casos ocurre como en la anorexia, en los que la desnutrición puede interferir en los rasgos de personalidad. Si bien es cierto que las pacientes bulímicas no siempre tienen el peso tan bajo como en el caso de la anorexia. Pero, tampoco en este caso existen conclusiones definitivas a este respecto (Sohlberg and Strober 1994).

Las diferentes evaluaciones de personalidad definen a las bulímicas como personas impulsivas, con elevada sensibilidad interpersonal, baja autoestima, tendencia a tomar decisiones rápidas y actuar de forma impredecible, poco meditada y, en definitiva, poco controlada (Newton, Freeman et al. 1993; Herrera-Giménez 2011).

Los pacientes con BN presentan con frecuencia actitudes obsesivas y perfeccionistas, son más impulsivos que las personas con anorexia nerviosa (Claes, Vandereyken y Vertommen, 2002), son emocionalmente más inestables (Vitousek y Manke, 1994), experimentan más ansia por la comida (Moreno, Rodríguez-Ruiz y Fernández-Santaella, 2009), abusan del consumo de sustancias con más frecuencia, son más buscadores de sensaciones y llevan a cabo más conductas antisociales (Engel y cols.,

2005; Fischer y Grange, 2007; Loxton y Dawe, 2001; Ortega-Roldán y cols., 2009; Rosval y cols., 2006; Ruuska, Kaltiala-Heino, Rantanen, y Koivisto, 2005). Por lo tanto, en términos generales, podría afirmarse que una característica muy importante de la bulimia nerviosa es la tendencia al descontrol.

Comparadas con mujeres sanas, las mujeres con bulimia nerviosa tienen más actividad sexual, se sienten más presionadas sobre su propia actuación (Katzman y Wolchick, 1984; Raciti y Hendrick, 1992).

Se ha hipotetizado que las pacientes con bulimia nerviosa recurren a los atracones como un forma de buscar alivio ante estados de ánimo negativos (ansiedad, tristeza, aburrimiento,...). Pero la sobreingesta de alimentos también causa estados de ánimo negativos ante la incapacidad de tener autocontrol sobre la ingesta de comida generándose, por tanto, un círculo vicioso del que resulta difícil escapar (Cavallo y Pinto, 2001).

Estados de ánimo negativos tales como el miedo, la ansiedad o la tristeza preceden en numerosas ocasiones a la ocurrencia de atracones en mujeres con bulimia nerviosa y trastorno por atracón (Chua, Touyz y Hill, 2004).

El cuestionario MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) muestra un perfil de personalidad formado por un pobre control de impulsos, depresión crónica, conductas de “acting-out” y baja tolerancia a la frustración.(Wonderlich, 1995).

Según el modelo de Eysenck y sus dimensiones de personalidad, las pacientes bulímicas presentan puntuaciones elevadas en las escalas de *neuroticismo* y *psicoticismo*, y escasas puntuaciones en *la capacidad de integración social*(De Silva and Eysenck 1987) y mayor grado de *extroversión* que las anoréxicas (Casper, Hedeker et al. 1992).

Según un estudio de Abbate-Daba (2005) sobre la severidad de la conducta de vómitos en relación a varios factores, la dimensión Autodirección del cuestionario de Personalidad de Cloninger es uno de los factores que aporta mayor predicción en la severidad de las conductas bulímicas.

Los hallazgos del estudio de Abbate-Daba encontraron que incluso habiendo excluido del grupo a estudiar la comorbilidad con trastornos del estado de ánimo, el nivel de depresión era más alto en la muestra clínica que en el grupo control.

Coincidiendo con estudios previos (Fassino et al. 2001) el papel del enfado aparece como un elemento psicopatológico importante en la bulimia nerviosa.

En relación a la personalidad, evaluada con el TCI, encuentran un perfil de personalidad típico en las pacientes con BN que se caracteriza por una alta búsqueda de sensaciones (NS), así como de evitación del dolor (HA) y bajas puntuaciones en autodireccionalidad (SD) y cooperación (C). (Bulik et al. 1995; Fassino et al. 2002). Encuentran estos autores que la cronicidad no está asociada a la frecuencia de los vómitos. Estos datos confirman que los síntomas bulímicos no necesariamente empeoran a medida que pasa el tiempo sino que fluctúan a través de los años (American Psychiatric Association Work Group on Eating Disorders, 2000).

9. Consecuencias de la concurrencia de Trastornos de la Conducta Alimentaria y Trastornos de la Personalidad

La presencia de un trastorno de la personalidad en pacientes con TCA va asociado a una mayor severidad del trastorno y es indicador de peor pronóstico. (Rossiter 1993; Sholberg 1990). Y así mismo se ha encontrado que los rasgos patológicos de personalidad se asociaban también con mayores puntuaciones en casi todas las escalas sintomatológicas del EDI (Eating Disorder Inventory) (Birmingham 2009).

El elevado grado de comorbilidad entre la bulimia y el abuso de sustancias y de alcohol, la cleptomanía y una cierta promiscuidad sexual sustenta también la relación de la impulsividad con este trastorno (Fahy and Eisler 1993). No obstante, algunos autores consideran que la asociación de este tipo de conductas impulsivas viene determinada por la existencia de un trastorno límite de base (Koepp, Schildbach et al. 1993)

Diversos autores coinciden en que un mayor conocimiento de la personalidad de las pacientes aquejadas de un TCA repercutiría en un tratamiento más efectivo y adaptado a las peculiaridades de cada paciente (Abbate-Daga et al 2005, 2013).

No todas las personas ofrecen la misma predisposición a padecer un trastorno de alimentación. Ciertos temperamentos asociados a determinados rasgos de personalidad como inmadurez, evitación y perfeccionismo hacen a las personas más vulnerables a desarrollar un trastorno de la alimentación (Fassino et al 2004; Fassino 2002).

Por lo tanto, de cara a conseguir unos resultados más exitosos en los TCA se hace necesario conocer la naturaleza defensiva de los síntomas de los Trastornos de la Alimentación relacionándola con los rasgos de personalidad.

Esta tesis doctoral tenía como pretensión como se ha señalado anteriormente estudiar los rasgos de personalidad de las personas que padecen un TCA conformen o no un Trastorno de Personalidad y su influencia en la gravedad de los síntomas propios del trastorno así como de otros síntomas asociados.

9.1. Comorbilidad de la psicopatología de la personalidad en la evolución de los Trastornos de la Conducta Alimentaria

Los TCA concurren a menudo con otras condiciones psiquiátricas agravantes: trastornos del ánimo, trastornos de ansiedad, uso de sustancias, y muy especialmente alteraciones psicopatológicas de la personalidad (OBrien y Vincent 2003).

Estudios longitudinales indican que entre el 30-50% de los individuos que reciben tratamiento intensivo para anorexia recaen, o requieren una nueva hospitalización en el año posterior al alta (Carter y cols 2004; Treat y cols 2008).

Por otro lado, se conoce que los individuos que inician el tratamiento temprano dentro del curso de la enfermedad particularmente aquellas menores de 18 años tienen mejor pronóstico (Agras 2004).

Por lo tanto según la evidencia en torno a los TCA, se puede resumir la información en tres puntos fundamentales: la gran comorbilidad con diversos tipos de trastornos y la concurrencia de alteraciones que agravan los TCA; la ventaja de iniciar los tratamientos lo antes posible y la necesidad por tanto de identificar lo antes posible estos trastornos y el creciente interés en estudiar la correlación entre variables de personalidad y los TCA.

Los rasgos de personalidad forman parte importante en muchos modelos sobre la etiología y mantenimiento de los síntomas anoréxicos. (Schmidt y Treasure 2006; Strober 2004; Treasure 1999, 2014).

Hay una creciente evidencia de que los rasgos maladaptativos son tratables, y de hecho, muchos moderan los efectos de las intervenciones psicoterapéuticas y farmacológicas (Krueger, 2010).

Entre otros avances, se ha propuesto la adaptación de las intervenciones terapéuticas en base a los subtipos clínicos para mejorar la respuesta terapéutica en pacientes psiquiátricos en general (Angst & Cassano, 2005; NIMH, 2008). Sin embargo los subtipos de la AN de restrictivos versus purgativos han mostrado una validez todavía limitada (Peat et al., 2009). Un interesante trabajo de Wildes (2011) proporcionó la primera evidencia de que un abordaje alternativo a la subtipificación de los TCA basado en la comorbilidad psicopatológica de la personalidad podría tener utilidad en predecir la evolución tras el alta después de un tratamiento intensivo.

Como hemos indicado anteriormente algunos estudios han encontrado tres tipos de personalidad en pacientes con trastornos de personalidad:

- 1-Las “descontroladas” caracterizadas por impulsividad y disregulaciones conductuales y emocionales
- 2-Las “hipercontroladoras” que se caracterizan por la inhibición y la constricción
- 3-El tipo de “baja psicopatología” caracterizada por unos niveles normativos de funcionamiento de la personalidad. (Wonderlich 2005).

Esta tipología permitiría una mejor adaptación a las pacientes en base a sus características de personalidad como un aspecto a trabajar terapéuticamente.

En base a este modelo estudios iniciales como el de Strober en 1983 encontraban evidencias de que las adolescentes con AN se asignaban a subtipos de personalidad caracterizados por dependencia, baja tolerancia a la frustración y a un estado disfórico crónico y ganaban menos peso que las pacientes con características de hipercontrol y baja psicopatología.

Wildes (2011) también formula la hipótesis de que podría haber tres subtipos de pacientes con AN y que mostrarían diferencias en las características clínicas. Esos tres subtipos serían descontroladas, hipercontroladoras y con baja psicopatología antes referidas.

Además formulan la hipótesis de que los individuos asignados al grupo descontrol tendrían resultados más pobres al alta de tratamientos intensivos y tasas más altas de readmisión en los tres meses posteriores que aquellas hipercontroladoras o de baja psicopatología.

Hipotetizan que los subtipos de personalidad pueden ser superior en eficacia clasificatoria a la clasificación purgativas versus restrictivas a la hora de predecir pronósticos clínicos.

Estos resultados confirman trabajos previos en los que se sugiere que un esquema clasificatorio basado en la comorbilidad con psicopatología de la personalidad puede tener más utilidad clínica que las aproximaciones actuales que conceptualizan los trastornos de alimentación (Western y Harnden-Fischer 2001).

Wagner (2006) identificó dos subtipos de TCA: unas que parecían más inhibidas con altas puntuaciones en evitación del daño y en estado de ansiedad según STAI y otras que describieron como desinhibidas caracterizadas por una gran impulsividad pero con cierto grado de ansiedad y obsesividad.

Realmente hay pocos estudios en la literatura que describan subtipos clínicos de TCA como los de Goldner (1999); Westen(2001); Wonderlich(2009) y Karwautz(2003) que en definitiva apuntan al grupo impulsivo y al inhibido. Estos hallazgos sugerirían que

los pacientes podrían beneficiarse de un abordaje terapéutico ajustado a los rasgos de personalidad más destacados clínicamente en algún tipo de psicoterapia como la conductual dialéctica. De hecho estos autores piensan que los subtipos clínicos podrían ser útiles en la predicción evolutiva, incluso podrían ser objetivo terapéutico en los niños en los que se identificaran, haciendo intervenciones preventivas formando a sus padres en una mejor educación nutricional y de la imagen corporal.

En el referido estudio de Wagner la muestra estaba compuesta por mujeres que debutaron con el TCA a los 16 años y que experimentaron la recuperación a los veinte y tantos tras una media de seis años de evolución. Se trata de un grupo muy similar al de Strober quien afirmó que la recuperación es probable hasta el sexto año tras el comienzo de la enfermedad pero que a partir de entonces la probabilidad decae y se estabiliza tras diez años después.

En definitiva, dado que la AN y la BN comienza en un estrecho margen etario en la adolescencia, la recuperación también ocurriría en un margen estrecho entorno a los veinte años, lo cual es una información realista de cara a que las familias tengan una expectativa realista. A este respecto, no obstante, hay que decir que no hay una definición operativa de recuperación, por ejemplo Wagner en su estudio exigía un año continuado de nutrición y peso normales, recuperación de la menstruación y no tomar medicación y por otro lado el mencionado Strober sugiere que se puede hablar de recuperación aunque persistan algunos síntomas de TCA de forma episódica. De hecho es un dato de los distintos autores el que incluso tras muchos años de haberse recuperado las pacientes siguen preocupadas por el peso, la silueta y la comida.

9.2. Influencia de los subtipos purgativo y no purgativo en la evolución

Desde hace años se plantea (Beaumont 1976; Peat 2009) si clasificar los TCA en las modalidades clínicas de purgativo versus no purgativo reflejan realmente cambios evolutivos y de gravedad en el curso de estos pacientes. Referido a la Anorexia, los trabajos antiguos y algunos más recientes sugieren que el subgrupo purgativo de AN

difiere significativamente del grupo restrictivo. Concretamente, Halmi (1973) ya decía que las conductas purgativas en pacientes con AN predicen pronósticos más negativos. Casper (1992) describe a las AN purgativas como más extrovertidas, refieren mayor apetito, tienden a ser mayores en edad, y también más comúnmente refieren cleptomanía así como grandes niveles de ansiedad, depresión y culpa. Para Garfinkel (1980) las purgativas presentan más frecuentemente una variedad de conductas impulsivas que incluyen el uso de alcohol, drogas ilegales, robos, intentos de suicidio y conductas autolesivas. Pero tanto Casper como Garfinkel están en desacuerdo con el esquema de los subtipos.

Otros autores como Laessle (1989) dice que el subgrupo restrictivo tiene tasas más bajas de comorbilidad que el purgativo, en la línea de Garner (1993) para quien las pacientes con atracones o purgas tienen más psicopatología que el grupo restrictivo. Algo que confirman por un lado Deter y Herzog (1994) afirmando que las purgas predicen pronósticos negativos en su estudio prospectivo y Favaro y Santonastaso (1996) que recuerdan que las que usan múltiples métodos purgativos tienen mayores niveles de impulsividad y tienen mayor predisposición a tener conductas autolesivas.

Frente a esta generalizada asunción de que la clínica purgativa se asocia a alteraciones de la personalidad especialmente las vinculadas con la impulsividad, existen autores que matizan estas posiciones. Así Herzog en 1996 encuentra que las purgativas se recuperaban más pronto que el grupo de restrictivas. Sin embargo, en la muestra Heidelberger el mismo Herzog en 1997 encuentra que las restrictivas predicen recuperaciones más tempranas.

Otros como Roux, Chapelon y Godart (2013) encuentran las mismas tasas de ansiedad y depresión en ambos grupos, no encontrando diferencias en estos síntomas, por lo que la clasificación en purgativas y no purgativas no diferenciaría entre estos síntomas asociados.

En resumen las conductas atracón vómito parecen más asociadas a mayores tasas de impulsividad, refieren más tasas de robos, intentos de suicidio y conductas autolesivas y en la mayoría de los estudios revisados parece asociado a pronósticos más negativos.

Pero este esquema se complica cuando comprobamos que una de las características evolutivas de los TCA en nuestro tiempo es la migración diagnóstica. Por eso la literatura ha incrementado su interés en los casos de cambio de diagnósticos. Respecto al paso de padecer una anorexia restrictiva a una purgativa según diferentes estudios hay varios porcentajes: Eckert (1995) habla de 64% tras 10 años de evolución; Strober (1997) a los 10-15 años un 30%; Eddy (2008) entre un 62% y 55% en diferentes estudios, y Fichter y Quadflieg (2006) de un 35 % a las 12 años de seguimiento. Pocos estudios observan el caso inverso.

Respecto a pasar de ANP a BN también se observa un cambio: Milos (2005) a los 30 meses un 20 %; Fichter (2006) a los 12 años 10%; Eddy (2008) un 54% y Anderluh (2009) un 29%.

Respecto al paso de BN a AN: Fairburn (2007) a los 5 años solo encuentran un cambio en el 2%; Milos (2005) a los 30 meses encuentra un 9%; Tozzi (2014) a los 7 años un 27% y Anderluh (2009) un 17%.

Estos datos sugieren que hay cambios en los diagnósticos para las mismas pacientes de restrictiva a purgativa y de purgativa a bulimia nerviosa. En la gran mayoría de los estudios se encuentra un mayor porcentaje de aumento de casos que mutan o varían de anorexia a bulimia que viceversa.

En definitiva los diagnósticos con estos subtipos determinados en un momento puntual no parecen ofrecer una validez predictiva acerca del curso o pronóstico.

Lo que hace pensar que esta manera de clasificar los trastornos no es muy precisa y es demasiado dependiente del momento de corte en que se ve a la paciente. Haciendo el diagnóstico seguramente más en función de los síntomas observables (según la clasificación DSM) más que en otras características.

No obstante, trabajos como el de Wagner(2006)optan desde el punto de vista metodológico y estudiando rasgos de personalidad que perduran tras la recuperación de un TCA, por separar los subgrupos purgativo y no purgativo.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) (American Psychiatric Association. & American Psychiatric Association. Task Force on DSM-IV., 1994) subclasifica a los pacientes con anorexia nerviosa (AN) y bulimia nerviosa (BN) en función de la presencia o ausencia de conductas purgativas aplicadas al control del peso: vómitos autoinducidos, uso de laxantes y enemas, uso de diuréticos, etc. En este sentido, el manual distingue entre la forma restrictiva de AN (AN-R) y la forma compulsiva-purgativa del trastorno (AN-CP). El paciente es incorporado a una u otra categoría en función de la presencia, o no, de atracones y conductas de tipo purgativo entre sus síntomas. En lo relativo a la BN, el DSM-IV diferencia entre el subtipo purgativo (BN-P) y el subtipo no purgativo (BN-NP), siendo característico de los pacientes del primer grupo la autoprovocación del vómito y el uso de laxantes, diuréticos o enemas con el fin de controlar el peso, en tanto que los pacientes del grupo BN-NP suelen aferrarse a otras medidas compensatorias, tales como la dieta o el ejercicio excesivo. Sin embargo, en la nueva edición del DSM-5, se ha optado por la desaparición de esta entidad nosológica, al entenderse, por lo menos en gran parte como Trastorno por Atracón (American Psychiatric Association. & American Psychiatric Association. DSM-5 Task Force., 2013).

La justificación para agrupar de este modo a los pacientes arranca, por una parte, de las necesidades específicas de tratamiento que una y otra población pueden tener, dado el impacto sobre el estado físico de las conductas purgativas (Halmi, 1992) . Determinados cambios electrocardiográficos (bajo voltaje, depresión del segmento ST, prolongación del QTc...) han sido encontrados con frecuencia en los pacientes que recurren a las conductas de purga. Este tipo de pacientes tienden también a presentar mayor número de complicaciones a nivel gastrointestinal (estreñimiento, lesiones gastroesofágicas, rotura gástrica...) y en el plano sistémico suele ser habitual la existencia de numerosas alteraciones metabólicas (Halmi, 1992) y electrolíticas. Todo

ello favorece la aparición de complicaciones clínicas específicas (debilidad, letargia, arritmias cardíacas...), que afectan al proceso de tratamiento de estas poblaciones.

Los pacientes con conductas purgativas, por otra parte, parecen presentar rasgos psicopatológicos específicos, tanto en el caso de la AN como de la BN. Así, los pacientes del subgrupo AN-CP tienden a tener más antecedentes de sobrepeso y a ser más estrictos en el control ponderal que los del grupo AN-R, presentando mayor dificultad para el control de impulsos. Los pacientes del subtipo BN-P, por su parte, presentan mayores niveles de psicopatología y mayor número de conductas autoagresivas que los del subtipo BN-NP, siendo más frecuente, entre ellos, el consumo de tóxicos (Mitchell, Fletcher, Gibeau, Pyle, & Eckert, 1992; Mitchell, Pyle, Eckert, Hatsukami, & Soll, 1990; Mitchell, Pyle, Eckert, Hatsukami, Soll, 1990).

9.3. El abandono del tratamiento como resultado de la evolución

El fracaso o el abandono en los tratamientos también ha sido objeto de estudio y arrojan datos sobre ciertas características que pueden estar ejerciendo su influencia en los pobres resultados de dichos tratamientos. De manera que una mejor comprensión de los aspectos que juegan un papel en el ajuste de los tratamientos permitirá un mejor diseño de estos.

Los abandonos en los tratamientos de los trastornos de alimentación son comunes si bien las razones de ello no están del todo claras. La tasa de abandono es un fenómeno caro en términos de los costes directos o indirectos de la cronicidad de los trastornos de alimentación. La predicción de los abandonos es un paso importante para el desarrollo de intervenciones que los disminuyan y para mejorar la adherencia a los tratamientos.

Algunos datos al respecto arrojan cifras de entre el 20,2% al 51% de abandonos en pacientes internos y entre el 29% y el 73% para pacientes externos.

A la hora de estudiar las tasas de abandono, los factores examinados e identificados más frecuentemente como predictores han sido el subtipo atracón-purga en las pacientes ingresadas con anorexia nerviosa, pudiendo ser estas más impulsivas y más inestables. (Kaplan, Garkinkel 1999)

Es además posible que los tratamientos en los ingresos en los que se requieren cambios conductuales tempranos no estén bien diseñados para estas pacientes sin una intervención previa sobre la motivación (Strober 2004).

Así mismo, el subtipo purgativo en la anorexia está bien definido (Steinhausen 2002) como predictor de peor resultado en la anorexia nerviosa.

En estudios con muestra compuesta por varios tipos de TCA, los sujetos bulímicos tenían mayor tendencia a los abandonos. Así mismo, parece que los sujetos con conductas impulsivas (atracones y vómitos) tiene un mayor riesgo de no completar los tratamientos. En relación a los rasgos patológicos predictores de abandonos aparecen el miedo a madurar, y la impulsividad.

Los trastornos de personalidad límite o los rasgos límites han sido identificados (Woodside, Carter, Blackmore 2004) como predictores de abandonos en los trastornos de alimentación en varios estudios.

Para algunos autores (Klump et al 2004) algunos rasgos de personalidad, dimensiones o funcionamiento juegan un importante papel en los abandonos. Existen estudios en los que la evitación del dolor, la búsqueda de sensaciones y la autodirección pueden tener un papel patogenético en los trastornos de alimentación. Un alto nivel de evitación del dolor parece ser un factor de vulnerabilidad para desarrollar un trastorno de alimentación (Ribases et al 2005).

La escala de autodirección del cuestionario TCI que describe la habilidad del individuo para definir y conseguir metas así como mantener unas relaciones maduras y equilibradas está relacionada con la severidad de la bulimia nerviosa y con peor pronóstico.

El manejo del enfado también parece jugar un rol en la patogenia tanto de la anorexia como de la bulimia nerviosa (Fassino 2001).

Recientemente algunos investigadores (Truglia et al 2006) se han interesado en el enfado y el manejo de la agresividad. Para estos autores el enfado y las conductas agresivas, especialmente aquellas autodirigidas, son frecuentes en sujetos que sufren

de anorexia y bulimia nerviosa. Incrementan la complejidad de las características clínicas, modifican el pronóstico y causan una mayor dificultad en el manejo de estos trastornos.

A la luz de los resultados encontrados en su revisión Fassino et al(2009) concluye que los pacientes con mayor riesgo de abandonos de los tratamientos son aquellos casos de anorexia nerviosa purgativa o pacientes con sintomatología bulímica más severa y con tendencia a tener rasgos de personalidad límite o con una baja habilidad para la consecución de sus metas vitales.

III. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

La hipótesis principal de esta tesis es que los rasgos patológicos de personalidad de las pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria influyen en la gravedad de la sintomatología de la conducta alimentaria y por lo tanto en la evolución psicopatológica del cuadro.

OBJETIVOS:

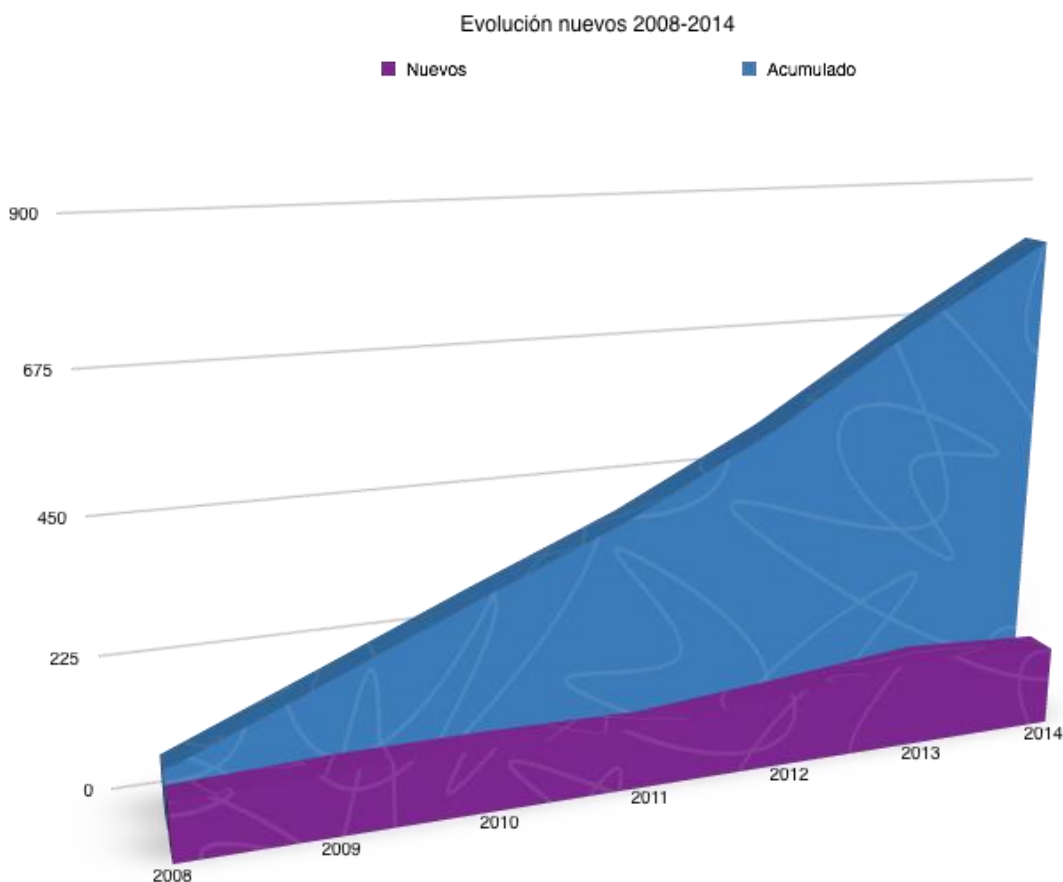
1. Determinar si los diferentes diagnósticos de Trastornos de la Conducta Alimentaria presentarán patrones diferentes de gravedad de síntomas clínicos.
2. Analizar si el grupo de pacientes purgativas obtendrá un patrón de rasgos patológicos de personalidad diferentes de las no purgativas.
3. Discernir si los diferentes diagnósticos de Trastornos de la Conducta Alimentaria presentan rasgos patológicos de personalidad diferentes.
4. Describir la influencia de los rasgos patológicos de personalidad de las pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria en la sintomatología ansiosa que presentan las pacientes.
5. Evidenciar que los rasgos patológicos de personalidad de las pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria influyen en la sintomatología depresiva que presentan las pacientes.
6. Definir si los rasgos patológicos de personalidad de las pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria influyen en la impulsividad que presentan las pacientes.
7. Analizar si los rasgos patológicos de personalidad de las pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria influyen en el consumo patológico de alcohol.

IV. MATERIAL Y METODOS

1. Clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria como marco de la investigación

La Clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid, oferta tratamiento integral médico, psicológico y de enfermería a los pacientes con trastornos específicos de la conducta alimentaria (*Anorexia Nerviosa*, *Bulimia Nerviosa*, *Trastorno por Atracón*) y otros trastornos no específicos como el *Síndrome de ingesta nocturna*, entre otros.

Desde su apertura en marzo de 2008, se han atendido un total de 814 pacientes de un total de 955 solicitudes (94,7% Mujeres) y más de 28.000 intervenciones de distinto tipo.

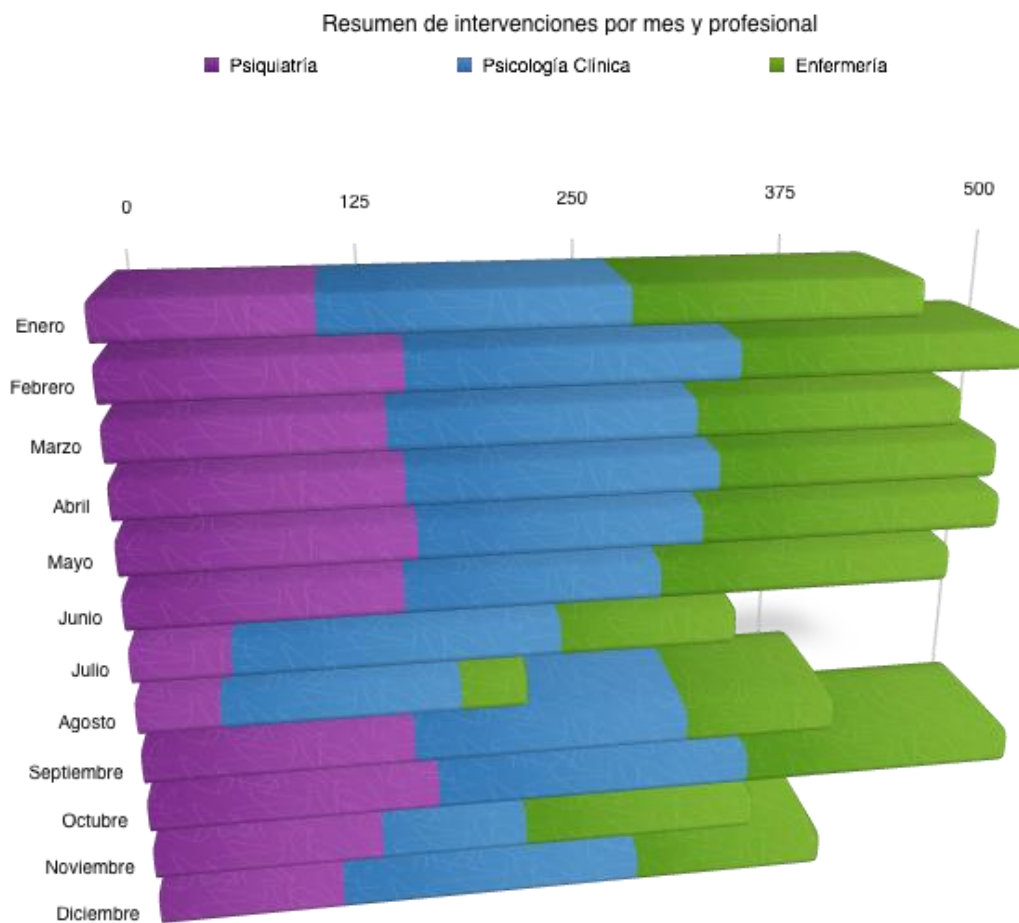


Las funciones asistenciales son:

- ✓ Evaluación, diagnóstico y diagnóstico diferencial
- ✓ Tratamiento farmacológico
- ✓ Terapia individual y grupal
- ✓ Educación para la salud y alimentación saludable
- ✓ Intervenciones familiares, información, apoyo y psicoeducación.
- ✓ Tratamiento médico integral de las distintas especialidades médicas (Nutrición, Ginecología, Digestivo,...)
- ✓ Coordinación con profesionales responsables del paciente en su dispositivo asistencial de distrito (MAP y Psiquiatra de zona), de hospitalización completa (Unidad específica del Hospital Ramón y Cajal, UHB de Hospital Gregorio Marañón y hospitales de referencia), de hospitalización parcial (Hospital de día de Santa Cristina).
- ✓ Docencia pregrado, postgrado y formación continuada
- ✓ Investigación

Todos los pacientes en tratamiento acuden a consultas individuales, psiquiátricas, psicológicas y de enfermería. Se establece un programa de tratamiento integral individualizado inicial, que se adapta a las necesidades de los pacientes y sus familiares durante todo el proceso.

Durante 2014, se han realizado un total de 4793 intervenciones, que podrían desglosarse de la siguiente manera.



Consultas individuales:

Consulta individual de Psiquiatría. Durante el 2014 se han atendido 135 pacientes nuevos y 1.301 revisiones.

Consulta individual de Psicología Clínica. Durante el 2014 se han realizado un total de 988 intervenciones individuales, 122 nuevas.

Consulta de enfermería. Centrada fundamentalmente en educación para la salud, establecimiento de dieta saludable, y valoraciones periódicas. Durante el 2014, se han realizado un total de 129 valoraciones iniciales y un total de 1341 valoraciones periódicas.

Tratamientos grupales: Durante el 2014, se han llevado a cabo 4 grupos de psicoterapia, con distintos perfiles de pacientes, con frecuencia bisemanal. Sumando un total de 692 intervenciones grupales. Se han mantenido los tres perfiles grupales que se venían desarrollando y se ha iniciado uno dirigido a pacientes con Trastorno por atracón.

- Grupo de psicoterapia en pacientes multi-impulsivos.
- Grupo de psicoterapia en pacientes de curso evolutivo del trastorno < 7 años.
- Grupo de psicoterapia en pacientes con sintomatología predominantemente restrictivas.
- Grupo de pacientes con Trastorno por Atracón

Seminario formativo de educación nutricional y alimentación saludable: Los pacientes recién incorporados y sus familiares en un mes natural, acuden a seminario formativo de educación nutricional y alimentación saludable al final del mismo (último viernes de cada mes). Se ha impartido a un total de 85 pacientes y familiares interesados.

Clínica del K+: Los pacientes con conductas purgativas, realizan un seguimiento intensivo de control electrolítico. Se establecen dos grupos de controles, uno semanal (todos los lunes) y otro mensual (primer viernes de cada mes). Se realiza monitorización electrolítica dependiendo de la situación clínica del paciente con carácter semanal o mensual.

Se mantiene programa de seguimiento y valoración terapéutica al alta. Su objetivo fundamental es realizar un seguimiento y complementarlo con una evaluación periódica tras el alta para hacer una valoración global del mismo. Otro objetivo secundario es el mejorar la calidad percibida de continuidad de cuidados y mantenimiento de adherencia y accesibilidad en caso de recaídas/reagudización.

2. Material y Métodos de la Evaluación

2.1. Reclutamiento de la muestra

Se incluyeron las pacientes que acudieron a la Clínica de TCA del HGUGM en el periodo comprendido entre enero de 2010 y julio de 2013 y tuvieran cumplimentado el Protocolo de Asistencia de la Clínica de TCA. . El protocolo consta de un Cuestionario de Recogida de Datos Sociodemográficos (CRD) así como una batería de instrumentos de evaluación de los cuales se obtendrán los resultados que se valorarán posteriormente. Dichos instrumentos fueron evaluados y corregidos por los facultativos de dicha Clínica.

Se analizaron las historias clínicas y los resultados de las pruebas administradas en el protocolo de dicha Unidad al inicio de las visitas

Todos los pacientes incluidos en el estudio eran del sexo femenino. La elección exclusiva de mujeres deriva, de la mayoritaria prevalencia de esta enfermedad en la población femenina. Así mismo todas eran mayores de 18 años al tratarse de un dispositivo asistencial para adultos.

Se excluyeron aquellas pacientes con desnutrición severa (situación de inestabilidad cardiocirculatoria o riesgo vital inmediato que requirieran medidas de sostén especiales diferentes de la alimentación controlada) o con enfermedades orgánicas que precisaran asistencia de otros servicios de especialidades médicas.

2.2. Evaluación Clínica

Los datos se recogieron mediante entrevista clínica, e incluyeron los siguientes datos:

- Variables demográficas y clínicas: Diagnóstico del paciente: basado entrevista para DSM-5

Se aplicaron los siguientes instrumentos psicométricos de evaluación: EDI (Eating Disorder Inventory), BITE (Bulimic Investigatory Test Edinburgh), BIS-11 (Barrat Impulsiveness Scale), EAT (Eating Attitudes Test), ACTA (Cuestionario de Actitudes

frente al cambio en los Trastornos de la Conducta Alimentaria), IPDE (Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad), AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test), BDI (Inventario de Depresión de Beck), STAI (Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo).

En lo relativo a las posibles limitaciones derivadas de la metodología aplicada, hay que señalar que el presente estudio ha sido desarrollado en un contexto clínico asistencial, con las ventajas e inconvenientes que ello reporta. En este sentido, es posible que los pacientes que acceden a un centro especializado como el nuestro sean aquellos que presentan una patología más evidente, capaz de condicionar la identificación del caso y su derivación para seguir tratamiento; pero también se trata del tipo de pacientes que los clínicos vemos en la práctica de cada día, lo que justifica la utilidad de una tesis de estas características. Se trata, por otra parte, de un análisis de tipo transversal realizado en el momento de la evaluación inicial del paciente y, en este sentido, es posible echar mano de nuevo a los argumentos previamente expuestos.

Los datos recogidos en esta tesis hacen referencia a una situación concreta, que puede no ser representativa de todos los momentos clínicos por los que pasa el paciente, pero que sí refleja la situación en que éste se encuentra en el momento en el que el diagnóstico se realiza, de forma que el diseño sería coherente con un estudio que pretende aislar criterios de subtipificación diagnóstica.

De cualquier modo, parece bastante necesario que futuras investigaciones ahonden en muchos de los puntos planteados en este trabajo, contrastando mediante el estudio de otras poblaciones y el uso de otras metodologías los resultados que aquí hemos presentado.

2.3. Cuestionarios Aplicados

Para la evaluación de la muestra además de la entrevista psiquiátrica mediante la se han utilizado diferentes cuestionarios. Se han empleado pruebas autoaplicadas que evalúan diferentes aspectos y que se detallan a continuación:

El **BITE (Test de Bulimia de Edimburgo)** es un test autoadministrado que consta de 33 items, diseñado Henderson y Freeman 1987 para identificar aquellos individuos con sintomatología bulímica o con atracones. Se utiliza como *screening* para identificar conductas bulímicas tanto en población general como a nivel clínico. Mediante este test se puede valorar también la severidad y la respuesta al tratamiento en las pacientes diagnosticadas de bulimia.

Está formado por dos subescalas:

- 1) La escala de Síntomas que identifica los síntomas bulímicos. Las puntuaciones entre 20 y 30 se consideran altas e indican un patrón alimentario muy desordenado con atracones, existiendo una elevada probabilidad de que el sujeto cumpla criterios para bulimia nerviosa. Las puntuaciones medias entre 10 y 19 reflejan un modo de alimentación inusual que pueden ser indicativas de un trastorno por atracón aunque no suelen indicar un trastorno bulímico. Las puntuaciones entre 15 y 19 serían las correspondiente a un grupo subclínico que se encuentra en el inicio o en una fase de remisión de la bulimia nerviosa. Las puntuaciones entre 0 y 10 descartan que existan atracones ni ingesta compulsiva.
- 2) La escala de Severidad o de Gravedad: cuantifica la gravedad de las conductas purgativas y de atracones basándose en su frecuencia. Se consideran clínicamente significativas las puntuaciones mayores o iguales a 5 e indican severidad creciente las puntuaciones por encima de 10. Elevadas puntuaciones sólo en esta subescala y no en la subescala de síntomas darían lugar a interpretar la existencia de vómitos psicógenos o de abuso de laxantes en ausencia de atracones.

El **EDI - Inventario para trastornos de la alimentación**-.Eating Disorder Inventory. Garner, et al., 1983, es un instrumento autoaplicado diseñado para evaluar distintas áreas cognitivas y conductuales de la AN y la BN. Consta de 64 ítems agrupados en ocho subescalas que se correlacionan positivamente. Las tres primeras subescalas miden comportamientos y actitudes hacia la comida, el peso y la imagen corporal

(motivación para adelgazar, sintomatología bulímica, insatisfacción con la propia imagen corporal), los desajustes expresados en estas áreas no son específicos de la AN. Personas preocupadas por su dieta y que no tengan AN podrían puntuar en estas subescalas. Las otras cinco subescalas (inefectividad y baja autoestima, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia o identificación interoceptiva y miedo a madurar) evalúan características psicológicas generales asociadas con trastornos alimentarios, que son aspectos fundamentales de la AN.

Las 8 subescalas son las siguientes:

- *Motivación para adelgazar* (EDI MA) o Impulso a la delgadez (IMPDEL): Los ítems de esta subescala están relacionados con una excesiva preocupación por la dieta y por el peso, tanto a través de un imperioso deseo de perder peso como a través de un desmesurado temor a ganarlo.
- *Identificación de la interocepción* (EDI II) o Conciencia interoceptiva (CONINT): Refleja una incapacidad para reconocer e identificar las sensaciones de hambre y saciedad.
- *Bulimia* (EDI B) o Síntomas Bulímicos (SINBUL): Esta subescala evalúa la tendencia a presentar episodios de sobreingesta incontrolada que pueden ir seguidos de impulsos que terminan en vómitos autoprovocados. La presencia o ausencia de bulimia permite diferenciar dos subtipos de anorexia nerviosa y los pacientes bulímicos sin historia de previa de anorexia nerviosa.
- *Insatisfacción corporal* (EDI IC) o (INSCOR): Refleja la creencia de que aquellas partes del cuerpo femenino asociadas al cambio producido por la pubertad (caderas, muslos, nalgas) son excesivamente gruesas. La IC está relacionada con la alteración de la imagen corporal, síntoma básico de la anorexia nerviosa.
- *Inefectividad* (EDI IN) o Inefectividad y baja autoestima (INEBAE): Revela sentimientos de inadecuación, inseguridad, inutilidad y falta de control sobre la propia vida. Este concepto incluye además una autoevaluación negativa.

- *Miedo a madurar* (EDI MM) o (MIEDMAD): Valora el deseo de permanecer en la seguridad de los años preadolescentes dadas las excesivas demandas de la vida adulta.
- *Perfeccionismo* (EDI P) o (PERFEC): Indica la existencia de unas expectativas exageradas sobre los posibles logros personales y el énfasis excesivo sobre el éxito.
- *Desconfianza interpersonal* (EDI DI) o (DESCINT): La desconfianza interpersonal refleja una aversión generalizada hacia la formación de relaciones interpersonales íntimas. Esto ha sido, también, señalado como un factor importante en el desarrollo y mantenimiento de la AN. Esta subescala debe ser distinguida de la ideación paranoide y revela una incapacidad para formar lazos de amistad o para expresar emociones a los demás.

Cada ítem se puntúa mediante una escala de Likert de 6 puntos. Se pueden sumar todas las subescalas para una puntuación global o utilizar cada subescala por separado; clínicamente posee mayor relevancia el valor cuantitativo de cada una de las ocho subescalas que la puntuación global. La puntuación total máxima de este cuestionario es de 192, el punto de corte es de 42 o más puntos en las ocho subescalas originales para diagnosticar un TCA.

Algunos autores argumentan que la especificidad del EDI es baja, ya que no se puede diferenciar adecuadamente a los individuos con TCA de aquellos que tienen otros trastornos psicológicos (Cooper 1985) Este cuestionario ha mostrado ser sensible a los cambios registrados en individuos cuando se administra un tratamiento.

Versión española del EDI

La versión adaptada al español del EDI la desarrollaron Guimerá y Torrubia, 1987, en una muestra clínica (hospital) de 24 pacientes con AN y 24 controles de edades y características sociodemográficas similares.

ACTA - Actitud frente al cambio en los TCA-.Beato-Fernández y Rodríguez, 2003.

El cuestionario ACTA fue desarrollado por L. Beato y T Rodríguez, 2003, con el objetivo de evaluar la actitud frente al cambio en los TCA. Consta de 59 ítems distribuidos en 6 subescalas: precontemplación, contemplación, decisión, acción, mantenimiento y recaída. El ACTA es un instrumento fácil de administrar con adecuada fiabilidad y validez, cuyo empleo aporta información de utilidad en cuanto al conocimiento del proceso terapéutico.

- La subescala de **precontemplación** (PRECON), hace referencia al rechazo a considerar la presencia de una enfermedad. Las molestias o las recomendaciones terapéuticas se atribuyen a malentendidos o a situaciones equívocas, pero nunca se acepta la posibilidad de un diagnóstico probable de trastorno alimentario.
- La subescala de **contemplación**(CONTEM) refleja un estado en el que el sujeto reconoce su problema alimentario. Toma conciencia de que tiene dificultades, aunque pueda minusvalorar su importancia o no reconocer un verdadero trastorno. El sujeto no muestra la determinación de empezar a corregirlas.
- La subescala de **decisión** (DECISI) con frecuencia es indistinguible en algunos sujetos del estadio de contemplación. La diferencia está en que hay una intención “con fecha” al inicio del cambio.
- La subescala de **acción** (ACCION) refleja el cambio en distintas áreas: cognitiva (pensamientos positivos hacia la resolución de su trastorno), conductual (modificación de hábitos por otros más saludables) y afectiva (se percibe el problema como un hecho desagradable que hay que modificar).
- La subescala de **mantenimiento** (MANTEN) evalúa la estabilidad de los logros conseguidos en la fase de acción. Esta etapa también se encuentra muy solapada con la anterior fase.
- La subescala de **recaída** (RECAID) tiene un comportamiento independiente al de las otras escalas. Puede mostrar diferentes puntuaciones sin relación con la fase en la que se encuentre el sujeto. Esta subescala va a medir la percepción que el propio sujeto tiene del proceso de cambio, independientemente del estado motivacional

en el que se encuentre. Es una valoración subjetiva de empeoramiento que puede presentar el sujeto entrevistado.

STAI - Inventario de ansiedad rasgo-estado- *State-Trait Anxiety Inventory*. Spielberger, *et al.*, 1970; Spielberger 1986.

El STAI permite la evaluación de la ansiedad como estado transitorio (ansiedad/estado; A/E) y como rasgo latente (ansiedad/rasgo; A/R). El instrumento consta de dos partes, con 20 preguntas en cada una de ellas. La primera (A/E) evalúa un estado emocional transitorio, caracterizado por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de atención y aprensión y por hiperactividad del sistema nervioso autónomo. La segunda (A/R) señala una propensión ansiosa, relativamente estable, que caracteriza a los individuos con tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras. Tiene una adecuada validez y fiabilidad.

Se puede utilizar en adolescentes y adultos.

Versión española del STAI

El STAI se adaptó al español a partir de los trabajos de Bermúdez (1978) y se dispone de la versión española adaptada a nuestro medio por TEA Ediciones, 1982.

BDI - Inventario de depresión de Beck- *Beck Depression Inventory*. Beck, *et al.*, 1961.

El BDI o Inventario de Depresión de Beck es un cuestionario autoaplicado para evaluar la existencia o severidad de síntomas de depresión. Es uno de los test más utilizados en la evaluación de la depresión debido a su probada validez y fiabilidad tanto en poblaciones clínicas como no clínicas. Es útil también en el cribado de población general y de pacientes somáticos. Consta de 21 ítems y tiene como objetivos identificar síntomas típicos de la depresión severa y estimar la intensidad de la depresión. La puntuación global permite estimar la intensidad de la depresión. La puntuación obtenida va de 0 a 63 puntos y los puntos de corte son los siguientes: 0-9

(normal), 10-18 (depresión leve), 19-29 (depresión moderada) y 30-63 (depresión grave). Puede ser utilizado a partir de los 16 años

Versión española del BDI o Beck depresión

Se dispone de la versión adaptada y validada para población española por C. Conde y E. Useros, 1975. Después, J. Sanz, *et al.*, (2003), han adaptado la versión Beck-II (BDI-II).

IPDE - Examen internacional del trastorno de la personalidad-. *International Personality Disorder Examination.* A. W. Loranger, 1997.

El IPDE ha sido desarrollado por la OMS por A.W. Loranger (1991, 1997). Es un instrumento diagnóstico que consta de un cuestionario autoaplicado y en una entrevista clínica semiestructurada, que además es compatible con los criterios de valoración CIE-10 y DSM-IV. Sus resultados permiten también medir otras categorías mayores de trastornos de personalidad que hasta ahora se habían omitido, ofreciendo un diagnóstico fiable uniforme que pueda ser internacionalmente aceptado.

Según refiere el manual los trastornos de personalidad no son enfermedades mentales en sentido estricto, ya que no hay una enfermedad o malformación cerebral subyacente, pero son variaciones de la manera de ser psicológica, desviaciones de una norma estadística.

El IPDE puntualiza que no ha sido diseñado para explorar todos los aspectos de la personalidad y que tiene como propósito identificar aquellos rasgos y conductas que sean relevantes para la evaluación de los criterios de trastornos de personalidad según los sistemas de clasificación de las enfermedades mentales. Por lo tanto no toma en consideración muchos rasgos neutrales, positivos o adaptativos.

El IPDE proporciona una puntuación dimensional para cada individuo en cada trastorno, sin tener en cuenta si cumple o no los criterios del trastorno, cosa que posteriormente valorará el clínico con la entrevista en función del cumplimiento o no de los requisitos necesarios para que se considere la presencia de un trastorno de personalidad.

Aporta información adicional complementa a la basada únicamente en el diagnóstico categórico. Dado que los trastornos de personalidad reflejan con frecuencia la presencia exagerada de rasgos que están distribuidos de manera uniforme en la población general, las puntuaciones dimensionales no son sólo útiles para los clínicos, sino que también proporcionan mayor fiabilidad y más versatilidad en el análisis de datos.

El cuestionario autoaplicado consta de 77 ítems de respuesta verdadero o falso.

Versión española del IPDE

Se dispone de la versión española a cargo de López-Ibor, *et al.*, 1996

AUDITTest de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol -.
(Alcohol Use Disorders Identification Test)

El Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol, identifica a las personas con un patrón de consumo perjudicial o de riesgo de alcohol. El AUDIT fue desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un método simple de screening del consumo excesivo de alcohol y como un apoyo en la evaluación breve. La primera edición de este manual fue publicada en 1989 y fue actualizada en 1992 (Babor 1989, 1992). Cada una de las preguntas tiene una serie de respuestas a elegir y cada respuesta tiene una escala de puntuación de 0 a 4.

Se recomiendan unas puntuaciones totales iguales o mayores a 8 como indicadores de consumo de riesgo y consumo perjudicial, así como de una posible dependencia de alcohol.

Una interpretación más detallada de la puntuación total del paciente puede obtenerse analizando las preguntas en las que puntuaron. En general, una puntuación igual o mayor a 1 en la pregunta 2 o la pregunta 3 indica un consumo en un nivel de riesgo. Una puntuación por encima de 0 en las preguntas 4-6 (especialmente con síntomas diarios o semanales), implica la presencia o el inicio de una dependencia de alcohol. Los puntos obtenidos en las preguntas 7-10 indican que ya se están experimentando daños relacionados con el alcohol.

EAT- Cuestionario de actitudes ante la alimentación- Eating Attitudes Test. DM Garner y PE Garfinkel, 1979.

El EAT fue diseñado para la evaluación de las actitudes alimentarias anómalas, en especial las relacionadas con el miedo a ganar peso, el impulso de adelgazar y la presencia de patrones alimentarios restrictivos. Su intención era diseñar un instrumento fácil de administrar y corregir y que resultara sensible a los cambios sintomáticos a lo largo del tiempo.

El EAT es un cuestionario autoaplicado que consta de 40 ítems (EAT-40). Cada ítem se valora en una escala Likert de 6 puntos, que van desde nunca a siempre y el rango de puntuación va de 0 a 120. Es un cuestionario válido y fiable que ha sido ampliamente utilizado para la evaluación de los TCA.

De los diferentes instrumentos desarrollados desde los años 70, el EAT-40 ha sido el que ha gozado de mayor aceptación para la detección de TCA en la población general, y es un instrumento que parece válido para identificar casos actuales o incipientes de AN y BN, dada su fácil aplicación, alta fiabilidad, sensibilidad y validez transcultural.

Versión española del EAT-40

En España, la versión adaptada y validada en nuestro medio del EAT-40 fue realizada por Castro J, *et al.* 1991 en un grupo de AN y un grupo control sano¹⁶⁶. Utilizando el punto de corte de 30 recomendado por los autores originales, la sensibilidad fue del 68% y la especificidad del 86%.

BIS-11 – Escala de Impulsividad de Barratt- (Barrat Impulsiveness Scale)

La escala de BIS-11 (Barrat Impulsiveness Scale) evalúa la impulsividad. Consta de 30 ítems que se dividen en tres subescalas:

- Impulsividad no planeada (12 ítems).
- Impulsividad cognitiva (8 ítems).
- Impulsividad motora (10 ítems).

Tiene un formato de respuesta tipo Likert que van del 1 (nunca o raramente) al 4 (siempre o casi siempre), en donde el 4 indica una mayor impulsividad. No obstante,

algunos ítems son inversos para evitar un sesgo de respuesta. No existe punto de corte concreto aunque en varios estudios se sugiere utilizar la mediana de distribución. Es autoaplicada.

3. Análisis Estadístico

3.1. Preparación de los datos

A los pacientes incluidos se les invito a realizar un cuaderno de recogida de datos, donde se incluyen tanto datos sociodemográficos, como clínicos asistenciales y cuestionarios específicos.

Se llevó a cabo una depuración de los cuestionarios, generándose una base de datos diseñada en Filemaker Pro v.13, donde se recogían los datos sociodemográficos, clínicos, de antecedentes personales y todos los cuestionarios que se realizaron. En esta base de datos, se revisó la consistencia lógica de los cuestionarios aplicados, se identificaron respuestas ilegibles, incompletas, incongruentes o ambiguas. En el cuestionario no había preguntas abiertas o semiabiertas, permitiendo la tabulación de los datos de manera adecuada y su correspondiente codificación para el tratamiento de los mismos. Los datos se ingresan directamente en la base de datos a partir de los cuestionarios y el propio software va indicando si existen errores o falta de datos. Se editaron las variables incompletas o mal contestadas, fundamentalmente mediante revisión directa de los cuestionarios o revisión de la Historia Clínica.

Debido a que en algunos casos no todos los sujetos habían rellenado todos los cuestionarios (abandono, cuestionarios incompletos, respuestas erróneas,...) la N muestral no se mantuvo homogénea para todos los análisis.

Finalmente la base de datos fue exportada al paquete estadístico SPSS v.17 para Windows para su análisis posterior.

Una vez exportada la base de datos se han realizado los siguientes procedimientos estadísticos:

3.2. Análisis descriptivo

Estadísticos de variable nominal

Se ha realizado un análisis descriptivo de las variables cualitativas mediante sus distribuciones de frecuencias y gráficas.

2.1.2. Estadísticos de variable continua.

En las variables cuantitativas hemos calculado las medidas de tendencia central, las medidas de la dispersión, sus representaciones graficas e histogramas.

Se realizó una estadística descriptiva con cálculo de medias y desviaciones típicas para cada una de las variables sociodemográficas de la muestra. Así mismo se realizó el cálculo para el Índice de Masa Corporal (ICM).

Para la realización del análisis estadístico se definieron las siguientes variables:

- Variables diagnósticas
 - Diagnósticos clínicos (DSM-5). Variable nominal
 - Anorexia Nerviosa Restrictiva [ANR]
 - Anorexia Nerviosa Purgativa [ANP]
 - Bulimia Nerviosa [BN]
 - Trastorno por Atracón [TA]
 - Purgativas/No Purgativas. Variable nominal
- Rasgos de personalidad según el Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad (IPDE)
 - Paranoide
 - Esquizoide
 - Esquizotípico
 - Histriónico
 - Antisocial
 - Narcisista
 - Límite
 - Obsesivo
 - Dependiente
 - Evitativo

Las variables de personalidad se han empleado como Variable continua para una parte del análisis estadístico y como Variable nominal bivariada con punto de corte en 4 para definir la presencia o ausencia de rasgo de personalidad. De la misma manera en una parte de los resultados las variables de personalidad se han usado como una variable de síntomas para valorar su correlación con diagnósticos clínicos.

- Variables de gravedad de los síntomas
 - Test de Actitudes hacia la Alimentación [EAT]. Variable continua.
 - Inventario de Depresión de Beck [BDI]. Variable continua.
 - Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)
 - Ansiedad Estado [ESTADO]. Variable continua.
 - Ansiedad Rasgo [RASGO]. Variable continua.
 - Escala de Impulsividad de Barratt (BIS)
 - Impulsividad no planeada [IMPUL NO P]. Variable continua.
 - Impulsividad cognitiva [Cognitiva]. Variable continua.
 - Impulsividad motora [Motora]. Variable continua.
 - Impulsividad total [Impulsiv TOTAL]. Variable continua.
 - Inventario de Trastornos de la Alimentación. (EDI)
 - Impulso a la delgadez [IMPDEL]. Variable continua.
 - Sintomatología Bulímica [SINBUL]. Variable continua.
 - Insatisfacción corporal [INSCOR]. Variable continua.
 - Inefectividad y baja autoestima [INEBAE]. Variable continua.
 - Perfeccionismo [PERFEC]. Variable continua.
 - Desconfianza Interpersonal [DESCINT]. Variable continua.
 - Conciencia Interoceptiva [CONINT]. Variable continua.
 - Miedo a madurar [MIEDMAD]. Variable continua.
 - Test de Bulimia de Edimburgo (BITE)
 - Escala de Síntomas [ESCSINT]. Variable continua.

Escala de Gravedad [ESCGRAV]. Variable continua.

- Cuestionario de Actitudes frente al Cambio en los Trastornos de la Conducta Alimentaria (ACTA)

Precontemplación [PRECON]. Variable continua.

Contemplación [CONTEM]. Variable continua.

Decisión [DECISI]. Variable continua.

Acción [ACCION]. Variable continua.

Mantenimiento [MANTEN]. Variable continua.

Recaída [RECAID]. Variable continua.

Test AUDIT [AUDIT]. Variable continua.

Las variables de gravedad de síntomas, en una segunda fase de análisis estadísticos, se convirtieron en Variables nominales bivariadas, quedando establecido para cada una de las variables el siguiente punto de corte, que corresponde al percentil 75:

- Test de Actitudes hacia la Alimentación [EAT], punto de corte 74.
- Inventario de Depresión de Beck [BDI], punto de corte 32.
- Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)
 - Ansiedad Estado [ESTADO], punto de corte 31.
 - Ansiedad Rasgo [RASGO], punto de corte 32.
- Escala de Impulsividad de Barratt (BIS)
 - Impulsividad no planeada [IMPUL NO P], punto de corte 22.
 - Impulsividad cognitiva [Cognitiva], punto de corte 20.
 - Impulsividad motora [Motora], punto de corte 25,75.
 - Impulsividad total [Impulsiv TOTAL], punto de corte 64,75.
- Inventario de Trastornos de la Alimentación. (EDI)
 - Impulso a la delgadez [IMPDEL], punto de corte 18.
 - Sintomatología Bulímica [SINBUL], punto de corte 14.
 - Insatisfacción corporal [INSCOR], punto de corte 24.
 - Inefectividad y baja autoestima [INEBAE], punto de corte 19.

- Perfeccionismo [PERFEC], punto de corte 9.
- Desconfianza Interpersonal [DESCINT], punto de corte 9.
- Conciencia Interoceptiva [CONINT], punto de corte 18.
- Miedo a madurar [MIEDMAD], punto de corte 13.
- Test de Bulimia de Edimburgo (BITE)
 - Escala de Síntomas [ESCSINT], punto de corte 26.
 - Escala de Gravedad [ESCGRAV], punto de corte 15.
- Cuestionario de Actitudes frente al Cambio en los Trastornos de la Conducta Alimentaria (ACTA)
 - Precontemplación [PRECON], punto de corte 18.
 - Contemplación [CONTEM], punto de corte 25,45.
 - Decisión [DECISI], punto de corte 27,27.
 - Acción [ACCION], punto de corte 30,75.
 - Mantenimiento [MANTEN], punto de corte 15.
 - Recaída [RECAID], punto de corte 34,29.
- Test AUDIT [AUDIT], punto de corte 5.

3.3. Técnicas de contraste de hipótesis

ANOVA DE UN FACTOR.

Se ha llevado a cabo la prueba de la ANOVA de un factor para comparar las medias de las variables cuantitativas que miden gravedad entre los diferentes tipos de diagnóstico.

Utilizaremos la ANOVA si las muestras tienen una distribución normal y si las varianzas de los diferentes grupos son iguales. Para la prueba de normalidad utilizamos la prueba de Kolmogorov-Smirnov (K-S) de una muestra.

Para contrastar la homocedasticidad utilizamos la prueba de Levene. En aquellas medidas que no se cumplían los supuestos del criterio de homoscedasticidad y se obtenía una $p < 0,05$ utilizamos la prueba no paramétrica H de Kruskal Wallis.

Y para ver donde se encuentran las diferencias al comparar dos grupos utilizamos la prueba de U de Mann Whitney.

Cuando la ANOVA sea significativa para detectar en qué grupos se encuentran las diferencias, utilizamos la prueba de Sheffé y Bonferroni.

Para estudiar los grupos diagnósticos y su relación con las distintas variables de gravedad hemos realizado la prueba del ANOVA de un factor donde el factor es el diagnóstico y las variables dependientes las de gravedad.

También se ha aplicado la prueba del ANOVA de un factor para analizar las diferencias entre los diferentes diagnósticos clínicos dentro de los TCA en los rasgos de personalidad.

PRUEBA DE LA T DE STUDENT.

Para comparar variables cuantitativas con distribución normal, se ha utilizado el test de la t de Student para comparación de medias, previa comprobación de su aplicabilidad mediante la prueba de Levene.

Se ha admitido un nivel de significación del 5%. Se ha aplicado la prueba de la t de Student de muestras independientes con el fin de comparar las medias de la gravedad clínica en función de los rasgos de personalidad.

Hemos utilizado la prueba de la t de Student para dos muestras independientes para estudiar la influencia del subtipo clínico Purgativa/ No Purgativa, y las variables de gravedad clínica, así como la influencia del subtipo Purgativa/No Purgativa y rasgos de personalidad.

También se ha utilizado para estudiar la relación entre los rasgos de personalidad convertidos en variable cualitativa (SI tienen el rasgo/ NO tienen el rasgo) y las variables de gravedad clínica.

COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON.

Para correlacionar variables cuantitativas con distribución normal, se utilizó la prueba de Pearson. El nivel de significación fijado para las pruebas de contraste fue del 0,05.

Hemos utilizado esta prueba para estudiar la relación entre las variables de gravedad y las variables de personalidad. Cuando se comparaban las medidas (variables cuantitativas) obtenidas en cada una de las variables.

La variable de gravedad clínica ha sido estudiada mediante diferentes cuestionarios (ACTA, AUDIT, EAT, EDI, STAI, BDI, BITE, BIS-11) y para la personalidad hemos utilizado el cuestionario autoaplicado del IPDE.

PRUEBA DE CHI CUADRADO X^2

Para la comparación de variables de tipo cualitativo se empleó el test de la Chi cuadrado (X^2).

Para una comparación “2x2” de los diferentes rasgos de personalidad con las variables de gravedad clínica convertimos ambos tipos de variables en cualitativas binarias. Para ello se empleó un punto de corte (explicado anteriormente), de manera que los rasgos de personalidad convertidos en variable cualitativa binaria daban lugar a dos grupos: los que SÍ tienen el rasgo/ los que NO tienen el rasgo. Igualmente se llevó a cabo el mismo proceso con las variables de gravedad clínica, obteniéndose dos grupos para cada cuestionario de medida de gravedad de síntomas: el que SÍ obtenía una puntuación igual o superior al punto de corte y el que NO.

4. Consideraciones Éticas

Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC)

El protocolo recibió la aprobación del Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) del Hospital General Universitario Gregorio Marañón en julio de 2014.

Confidencialidad

Se mantuvo la confidencialidad de los datos personales y médicos de los pacientes de acuerdo a la L.O. 15/1999.

V. RESULTADOS

1. Descripción de la muestra

El estudio se realizó con una muestra de 212 pacientes diagnosticadas de trastorno de la conducta alimentaria según los criterios DSM-5 procedentes de la Clínica de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid.

El diagnóstico así como todos los datos de la historia clínica fueron recogidos y valorados por un psiquiatra experto en Trastornos de la Conducta Alimentaria perteneciente a la Clínica de TCA.

Se analizaron las historias clínicas y los resultados de las pruebas administradas en el protocolo de dicha Unidad al inicio de las visitas. El protocolo consta de un Cuestionario de recogida de datos sociodemográficos así como una batería de cuestionarios de los cuales se obtuvieron los resultados que se valoraron posteriormente. Los cuestionarios fueron evaluados por los facultativos de dicha Clínica.

Todos los pacientes incluidos en el estudio eran del sexo femenino. La elección exclusiva de mujeres deriva, de la mayor prevalencia de esta enfermedad en la población femenina. Así mismo todas eran mayores de 18 años al tratarse de una Unidad de adultos.

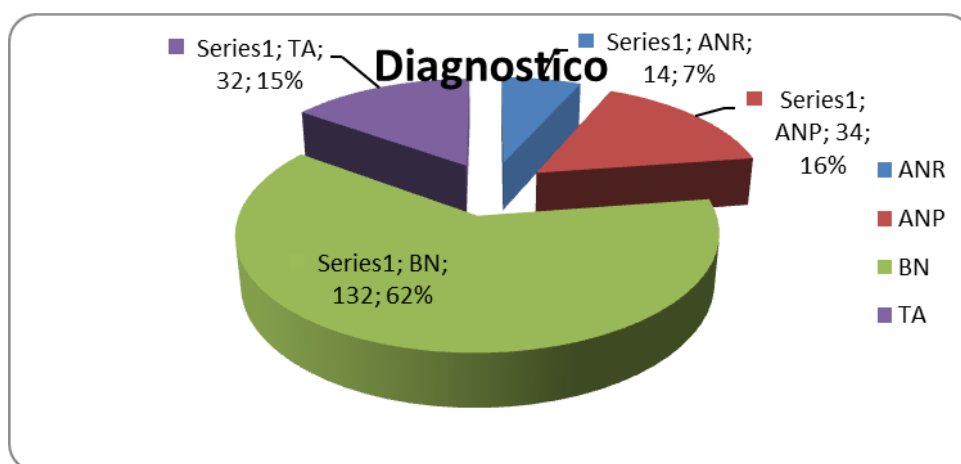
Se excluyeron aquellas pacientes con desnutrición severa (situación de inestabilidad cardiocirculatoria o riesgo vital inmediato que requirieran medidas de sostén especiales diferentes de la alimentación controlada) o con enfermedades orgánicas que precisaran asistencia de otros servicios de especialidades médicas.

2. Variables asistenciales y sociodemográficas

De acuerdo a los criterios diagnósticos DSM-5, 14 pacientes fueron diagnosticadas de anorexia nerviosa tipo restrictivo (6,6%); 34 de anorexia nerviosa tipo compulsivo-purgativa (16%); 132 de bulimia nerviosa (62,3%) y 32 de trastorno de atracón (15,1%)

Diagnostico DSM-5	Frecuencia	Porcentaje
ANR	14	6,6
ANP	34	16
BN	132	62,3
TA	32	15,1
Total	212	100

Tabla 1



Gráfica 1

Se recogieron los datos del peso en el momento de la llegada a nuestra unidad así como el peso máximo y mínimo alcanzado en la historia de evolución de la enfermedad. Se calculó así mismo el Índice de Masa Corporal (IMC) en cada caso. El IMC en el momento de llegada a la Unidad tenía una media de 21,82 kg/m² (d=6,38), siendo el mínimo recogido 13,96 y el máximo 44,46.

Las paciente referían haber alcanzado un IMC mínimo en un rango que oscilaba entre 11 kg/m² y 33 kg/m², obteniéndose una media de 18,31 (d=3,576).

El IMC máximo medio que habían alcanzado en algún momento a lo largo de la evolución de la enfermedad había sido de 26,41 Kg/m² (d=7,544) para un rango que oscilaba entre 15 de mínimo y 53 de máximo.

La edad media de las pacientes de la muestra era de 29,65, siendo la menor edad 18 años y la mayor 60, con una desviación típica de 9,678.

En cuanto al estado civil el 72,5 % eran solteras, el 14,5 % casadas, un 6,8 % convivían en unión libre, un 2,9 % estaban divorciadas, el 2,4 % eran separadas y un 1.0% viudas.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Casado	30	14,2	14,5	14,5
	Divorciado	6	2,8	2,9	17,4
	Soltero	150	70,8	72,5	89,9
	Unión Libre	14	6,6	6,8	96,6
	Separado	5	2,4	2,4	99,0
	Viudo	2	,9	1,0	100,0
	Total	207	97,6	100,0	
Total		212	100,0		

Tabla 2

Respecto a la convivencia el 59,7 % de las pacientes vivían con la familia de origen, el 17, % con la familia nuclear, un 10,2% convivían con su pareja, el 4,4% vivían en un piso compartido mientras que el 8,3 % vivían solas.

Convivencia		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Pareja	21	9,9	10,2	10,2
	Familia de origen	123	58,0	59,7	69,9
	Familia nuclear	36	17,0	17,5	87,4
	Piso compartido	9	4,2	4,4	91,7
	Solo	17	8,0	8,3	100,0
	Total	206	97,2	100,0	
Total		212	100,0		

Tabla 3

Tenían una media de 2,58 hermanos ($d=1,278$) siendo el rango desde 0 a 8 hermanos. Ocupando un lugar que correspondería a una media de 1,82 ($d=0,975$), siendo la moda del lugar ocupado entre los hermanos 1.

Las mujeres de nuestra muestra tenían una media de hijos de 0,38 ($d=0,995$) con un mínimo de 0 y máximo de 8.

Descripción de antecedentes

Respecto a los antecedentes personales las pacientes referían haber tenido contacto con algún servicio de psiquiatría previo a la consulta en nuestra clínica en un 42,2 % de la muestra y de algún tipo de evaluación o tratamiento psicológico previo en un 29,3 % de las pacientes. Habiendo seguido un tratamiento psicofarmacológico en un 30,2 % de los casos.

Así mismo el 35,7 % de las pacientes de la muestra habían sufrido antecedentes somáticos y un 4,4% de la muestra había seguido algún tipo de tratamiento somático.

Antecedentes Personales Psicológicos					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	145	68,4	70,7	70,7
	Si	60	28,3	29,3	100,0
	Total	205	96,7	100,0	
Total		212	100,0		

Tabla 4

Antecedentes Perspnales Psiquiátricos					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	119	56,1	57,8	57,8
	Si	87	41,0	42,2	100,0
	Total	206	97,2	100,0	
Total		212	100,0		

Tabla 5

Antecedentes Personales Somáticos					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	133	62,7	64,3	64,3
	Si	74	34,9	35,7	100,0
	Total	207	97,6	100,0	
Total		212	100,0		

Tabla 6

Antecedentes Personales de Tratamiento Psicofarmacológico					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	143	67,5	69,8	69,8
	Si	62	29,2	30,2	100,0
	Total	205	96,7	100,0	
Total		212	100,0		

Tabla 7

Antecedentes Personales de Tratamiento Somático					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	195	92,0	95,6	95,6
	Si	9	4,2	4,4	100,0
	Total	204	96,2	100,0	
Total		212	100,0		

Tabla 8

Presentaban en un 24,8% de los casos antecedentes psiquiátricos en familiares de primer orden, psicológicos en un 4,9 % y somáticos en un 50,7%.

En cuanto a los tratamientos de los familiares de primer orden, estos habían recibido tratamiento psicofarmacológico en un 4,9% de los casos y tratamiento somático en el 3,9%.

Antecedentes Familiares Psicológicos					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	194	91,5	95,1	95,1
	Si	10	4,7	4,9	100,0
	Total	204	96,2	100,0	
Total		212	100,0		

Tabla 9

Antecedentes Familiares Psiquiátricos					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	155	73,1	75,2	75,2
	Si	51	24,1	24,8	100,0
	Total	206	97,2	100,0	
Total		212	100,0		

Tabla 10

Antecedentes Familiares Somáticos					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	101	47,6	49,3	49,3
	Si	104	49,1	50,7	100,0
	Total	205	96,7	100,0	
Total		212	100,0		

Tabla 11

3. Trastorno de la Conducta Alimentaria y gravedad clínica

3.1. Diagnóstico de Trastorno de la Conducta Alimentaria y gravedad

Pasamos a analizar en qué grupos de diagnósticos se encuentran las diferencias.

Para estudiar los grupos diagnósticos y su relación con las distintas variables de gravedad realizamos la prueba del ANOVA de un factor donde el factor es el diagnóstico y las variables dependientes las de gravedad.

Cuando la ANOVA sea significativa para detectar en qué grupos se encuentran las diferencias, utilizaremos la prueba de Sheffé y Bonferroni. Utilizaremos la ANOVA si las muestras tienen una distribución normal y si las varianzas de los diferentes grupos son iguales.

Para la prueba de normalidad utilizamos la prueba de Levene. Si no se cumplen los supuestos utilizamos la prueba no paramétrica H de Kruskal Wallis, y para ver dónde se encuentran las diferencias dos a dos utilizamos la prueba de U de Mann Whitney.

Excepto en el test AUDIT (que evalúa el grado de consumo de alcohol), en el STAI (que evalúa ansiedad), CONTEM (que evalúa la conciencia de enfermedad en los trastornos de alimentación) y en ESCGRAVD (que cuantifica la gravedad de las conductas purgativas y de atracones basándose en su frecuencia) en todos los demás cuestionarios de medida de gravedad clínica hay diferencias en función del diagnóstico.

Las siguientes tablas muestran los cuestionarios o las subescalas en las que las diferencias han resultado significativas. (ANOVA y KRUSKAL-WALLIS)

ANOVA	F	Sig.
PRECON	5,569	0,001
MANTEN	6,045	0,001
Impulsividad TOTAL	6,769	0,000
Impulsividad Motora	5,258	0,002
Impulsividad no planeada	4,308	0,006
BDI	3,596	0,014
EAT	5,461	0,001
INSCOR	5,426	0,001
INEBAE	3,083	0,028

Tabla 12

Kruskal-Wallis	Chi-cuadrado	Sig.
RECAID	15,852	0,001
Impulsividad Cognitiva	8,783	0,032
ESCSINT	37,878	0,000
IMPDEL	8,888	0,031
SINBUL	35,996	0,000

Tabla 13

Pasamos a analizar en qué grupos de diagnósticos se encuentran las diferencias:

La fase precontemplativa (**PRECON**) que mide el cuestionario ACTA, con una $F= 5,569$ (sig. $=0.001$), obtiene la media más alta en el grupo de las anoréxicas purgativas (media= $16,94 \pm 8,958$) siendo significativamente mayor que en los grupos de bulimia (media= $11,69 \pm 8,429$), los trastornos de atracón (media= $9,87 \pm 6,791$) y la anorexia restrictiva (media= $8,71 \pm 6,988$). No se encuentran diferencias entre las estas últimas categorías.

PRECON	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
					inferior Límite	Límite superior		
ANR	14	8,71	6,988	1,868	4,68	12,75	0	23
ANP	34	16,94	8,958	1,536	13,82	20,07	3	36
BN	131	11,69	8,429	,736	10,23	13,14	0	36
TA	30	9,87	6,791	1,240	7,33	12,40	0	26
Total	209	12,08	8,488	,587	10,92	13,24	0	36

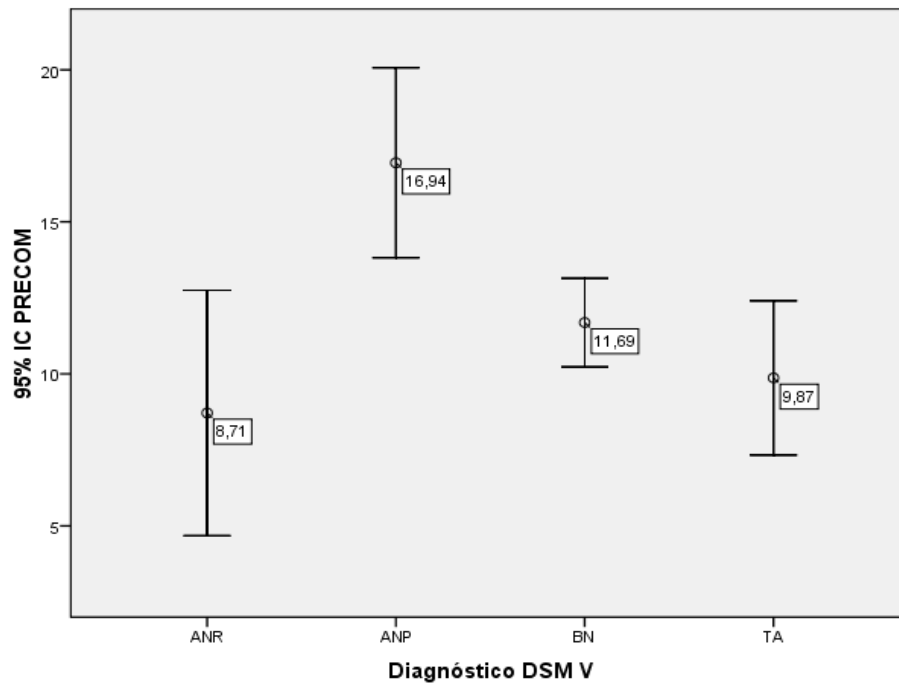
Tabla 14

Prueba de homogeneidad de varianzas			
PRECON			
Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
1,954	3	205	,122

Tabla 15

PRECON Scheffé				
(I) Diagnostico dms5	(J) Diagnostico dms5	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.
ANP >	ANR	8,227*	2,611	,021
ANP >	BN	5,254*	1,582	,013
ANP >	TA	7,075*	2,059	,009

Tabla 16



La fase mantenimiento (**MANTEN**) del ACTA, con una $F=6,045$ ($\text{sig}=0,001$), alcanza su media más alta en el grupo de los trastornos de atracón (media= $16,37 \pm 7,513$) siendo significativamente mayor que en el grupo de anorexia nerviosa purgativa (media= $10,79 \pm 7,651$) y la bulimia nerviosa (media= $10,15 \pm 6,945$). No existen diferencias significativas entre estos últimos diagnósticos.

MANTEN	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
ANR	14	11,36	8,445	2,257	6,48	16,23	0	28
ANP	34	10,79	7,651	1,312	8,12	13,46	2	31
BN	131	10,15	6,945	,607	8,94	11,35	0	32
TA	30	16,37	7,513	1,372	13,56	19,17	4	31
Total	209	11,22	7,506	,519	10,20	12,25	0	32

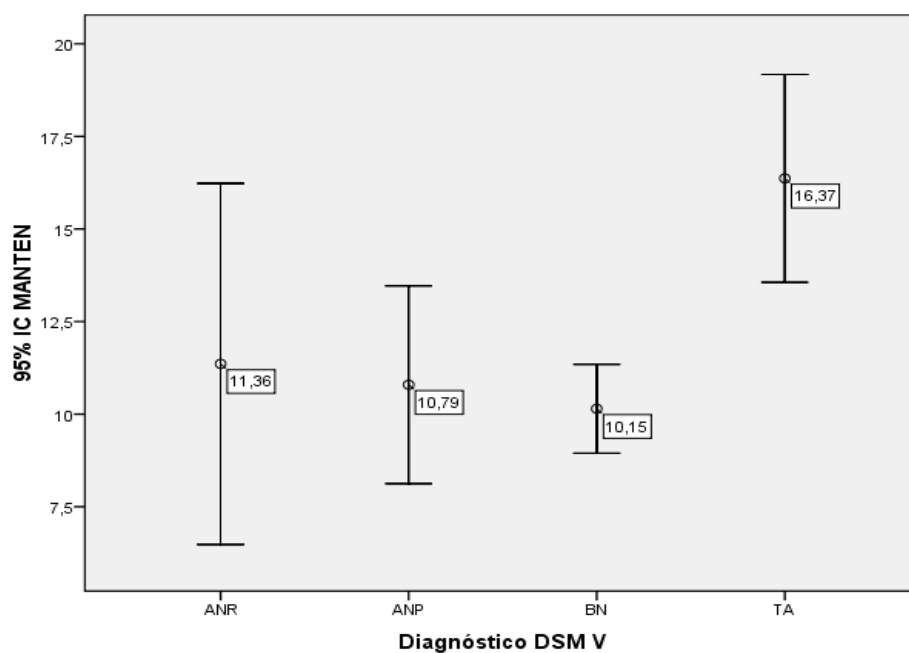
Tabla 17

Prueba de homogeneidad de varianzas			
MANTEN			
Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
,552	3	205	,647

Tabla 18

MANTEN Scheffé				
(I) Diagnostico dms5	(J) Diagnostico dms5	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.
TA >	ANP	5,573*	1,815	,026
TA >	BN	6,222*	1,467	,001

Tabla 19



La **impulsividad total** medida con el cuestionario de Barratt tiene una $F=6,769$ ($\text{sig}=0,000$). Alcanza su media más alta en la bulimia nerviosa (media= $57,59 \pm 15,489$) siendo significativamente superior que en el grupo de anorexia nerviosa restrictiva (media= $42,79 \pm 16,871$) y que el trastorno de atracón (media= $46,90 \pm 18,165$). No

existe diferencia significativa con la anorexia nerviosa purgativa. Así como no existen diferencias entre el resto de los grupos diagnósticos.

IMPUL TOTAL	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
ANR	14	42,79	16,871	4,509	33,04	52,53	23	84
ANP	33	50,36	17,432	3,034	44,18	56,54	16	95
BN	131	57,59	15,489	1,353	54,91	60,27	14	97
TA	30	46,90	18,165	3,316	40,12	53,68	19	93
Total	208	53,90	16,965	1,176	51,58	56,22	14	97

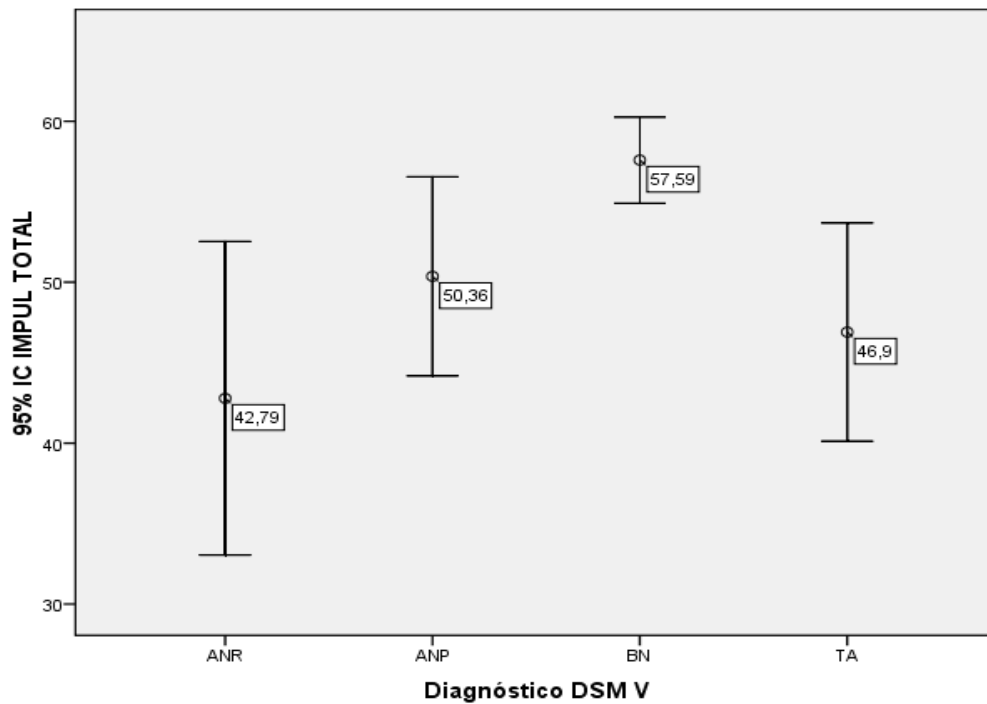
Tabla 20

Prueba de homogeneidad de varianzas			
IMPULSIVIDAD TOTAL			
Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
,412	3	204	,745

Tabla 21

IMPULSIVIDAD TOTAL Scheffé				
(I) Diagnostico dms5	(J) Diagnostico dms5	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.
BN>	ANR	14,802 [*]	4,582	,017
	TA	10,688 [*]	3,299	,016

Tabla 22



La **impulsividad motora** del test de Barratt con una $F = 5,258$ ($\text{sig} = 0,002$) obtiene su media más alta en la bulimia nerviosa (media = $21,31 \pm 7,668$) siendo significativamente más alta que la del grupo de trastorno de atracón (media = $16,33 \pm 7,411$). No existen otras diferencias significativas en relación a la impulsividad motora en el resto de los trastornos.

Impulsividad Motora	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
ANR	14	16,00	6,961	1,861	11,98	20,02	3	25
ANP	33	18,55	7,750	1,349	15,80	21,29	7	35
BN	131	21,31	7,668	,670	19,98	22,63	2	39
TA	30	16,33	7,411	1,353	13,57	19,10	5	37
Total	208	19,79	7,833	,543	18,72	20,86	2	39

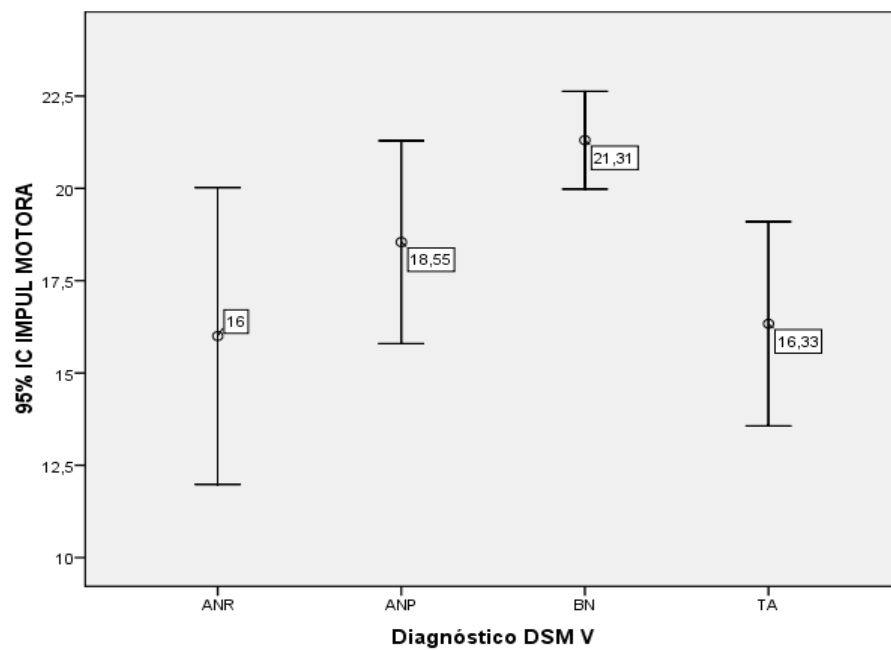
Tabla 23

Prueba de homogeneidad de varianzas			
Impulsividad Motora			
Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
,264	3	204	,851

Tabla 24

IMPULSIVIDAD MOTORA Scheffé				
(I) Diagnostico dms5	(J) Diagnostico dms5	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.
BN>	TA	4,972	1,539	0,017

Tabla 25



La **impulsividad no planeada** de la escala de Barratt, con una $F=,308$ ($\text{sig}= 0,006$) obtiene su media más alta en la bulimia nerviosa ($\text{media}=18,82 \pm 7,761$), siendo significativamente mayor que en el grupo de anorexia nerviosa restrictiva ($\text{media}=12,57 \pm 9,053$). No se obtienen diferencias significativas entre el resto de las categorías diagnósticas.

Impulsividad no planeada	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
ANR	14	12,57	9,053	2,420	7,34	17,80	1	38
ANP	33	16,24	7,508	1,307	13,58	18,90	4	35
BN	131	18,82	7,761	,678	17,48	20,17	3	43
TA	30	15,30	6,974	1,273	12,70	17,90	1	28
Total	208	17,49	7,887	,547	16,41	18,56	1	43

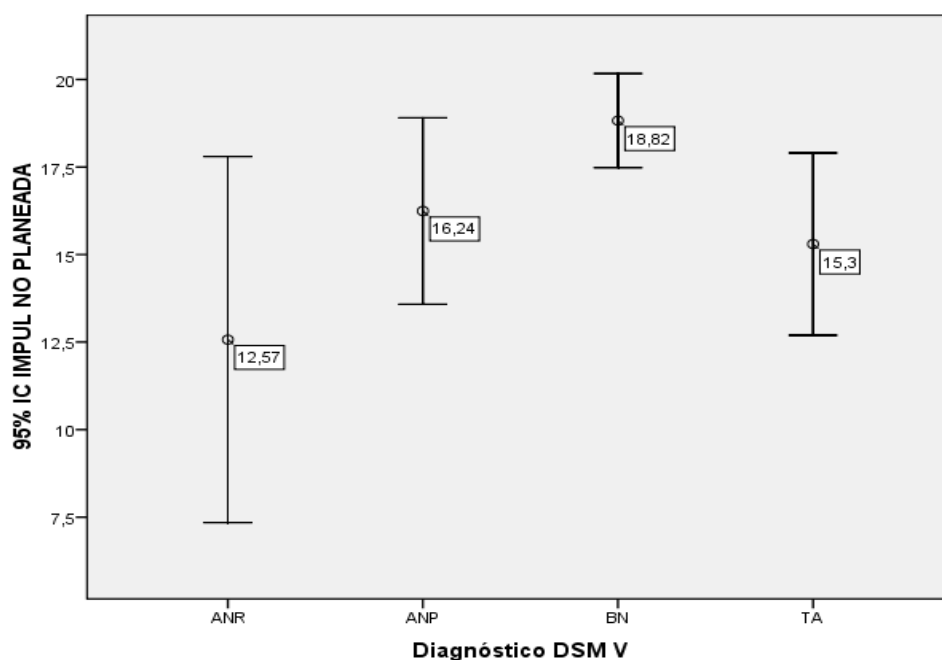
Tabla 26

Prueba de homogeneidad de varianzas			
Impulsividad no planeada			
Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
,243	3	204	,866

Tabla 26

Impulsividad no planeada Scheffé				
(I) Diagnostico dms5	(J) Diagnostico dms5	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.
BN >	ANR	6,253*	2,166	,042

Tabla 27



La **depresión** medida con el BDI con una $F=3,596$ ($\text{sig}= 0,014$) alcanza su media más alta en el grupo de anorexia nerviosa purgativa (media= $27,91 \pm 8,526$), siendo significativamente superior que para el trastorno de atracón (media= $20,13 \pm 9,634$). No se obtienen diferencias significativas entre el resto de las categorías diagnósticas.

BDI	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
ANR	14	24,71	10,957	2,929	18,39	31,04	6	42
ANP	34	27,91	8,526	1,462	24,94	30,89	5	43
BN	131	25,30	9,828	,859	23,60	27,00	4	49
TA	30	20,13	9,634	1,759	16,54	23,73	4	40
Total	209	24,94	9,859	,682	23,60	26,29	4	49

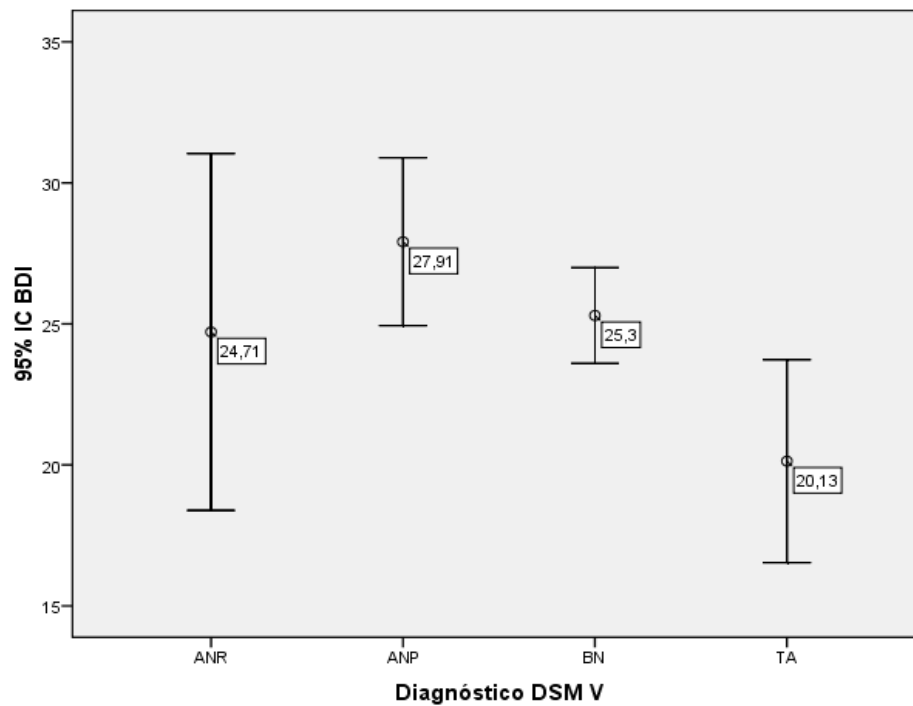
Tabla 28

Prueba de homogeneidad de varianzas			
BDI			
Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
,527	3	205	,664

Tabla 29

BDI Scheffé				
(I) Diagnostico dms5	(J) Diagnostico dms5	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.
ANP >	TA	7,778 [*]	2,425	,018

Tabla 30



Las **actitudes alimentarias** anómalas medidas con el EAT, con una $F=5,461$ ($\text{sig}=0,001$) obtiene su media más alta en la anorexia nerviosa purgativa (media= $60,26 \pm 24,190$), siendo significativamente superior al trastorno por atracón (media= $39,90 \pm 21,924$). Así mismo se alcanza una alta puntuación en el grupo de bulimia nerviosa (media= $57,20 \pm 22,391$) que se muestra también significativamente superior al trastorno por atracón (media= $39,90 \pm 21,924$).

EAT	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
ANR	14	53,43	23,605	6,309	39,80	67,06	9	85
ANP	34	60,26	24,190	4,149	51,82	68,71	7	102
BN	130	57,20	22,391	1,964	53,31	61,09	13	98
TA	30	39,90	21,924	4,003	31,71	48,09	3	77
Total	208	54,95	23,428	1,624	51,75	58,15	3	102

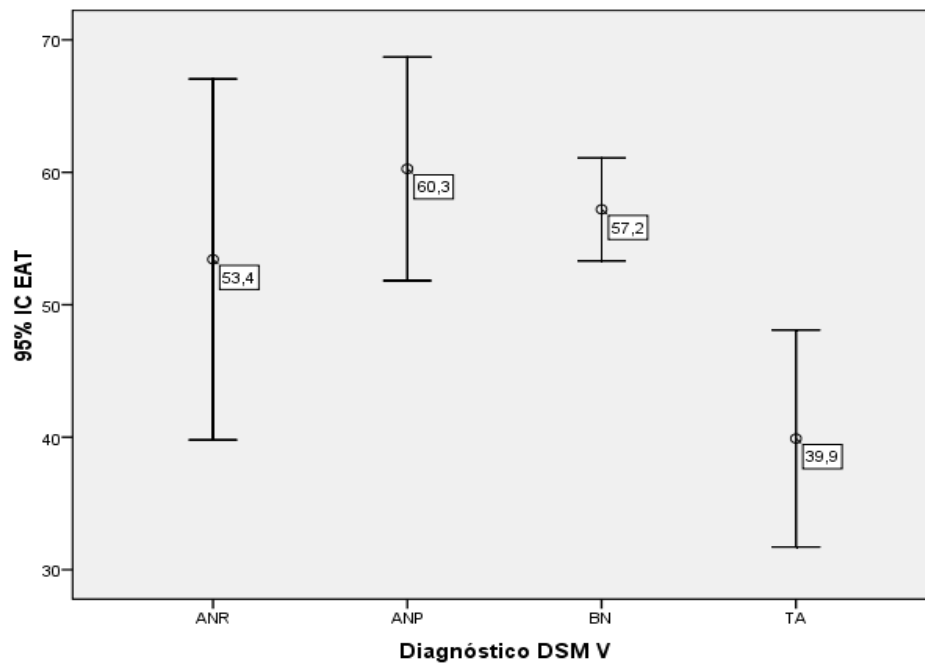
Tabla 31

Prueba de homogeneidad de varianzas			
EAT			
Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
,076	3	204	,973

Tabla 32

EAT Scheffé				
(I) Diagnostico dms5	(J) Diagnostico dms5	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.
ANP >	TA	20,365*	5,687	,006
BN >	TA	17,300*	4,599	,003

Tabla 33



La **insatisfacción corporal** INSCOR medida con el cuestionario EDI con una $F=5,426$ ($\text{sig}=0,001$) alcanza su media más alta en la bulimia nerviosa (media= $18,18 \pm 7,985$), siendo significativamente superior a la anorexia nerviosa purgativa (media= $13,32 \pm 7,498$). No se encuentran diferencias significativas entre el resto de categorías diagnósticas.

INSCOR	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
ANR	14	13,21	6,589	1,761	9,41	17,02	0	24
ANP	34	13,32	7,498	1,286	10,71	15,94	1	27
BN	132	18,18	7,985	,695	16,81	19,56	0	27
TA	31	14,16	8,974	1,612	10,87	17,45	0	27
Total	211	16,48	8,230	,567	15,36	17,60	0	27

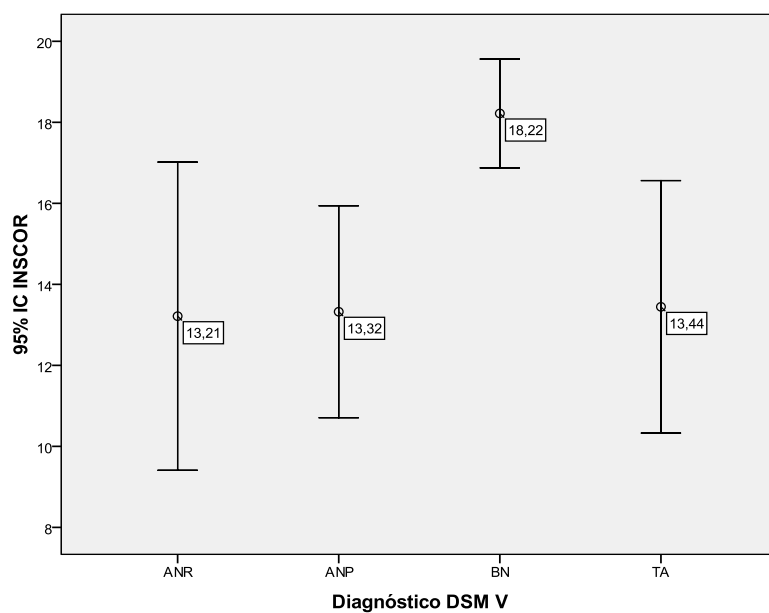
Tabla 34

Prueba de homogeneidad de varianzas			
INSCOR			
Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
2,284	3	207	,080

Tabla 35

INSCOR Scheffé				
(I) Diagnostico dms5	(J) Diagnostico dms5	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.
BN >	ANP	4,858 [*]	1,535	,020

Tabla 36



La ineffectividad y baja autoestima, **INEBAE** medida con una subescala del cuestionario EDI con una $F=3,083$ ($\text{sig}=0,028$) obtiene su media más alta en el grupo de las anoréxicas nerviosas purgativas ($\text{media}=15,47 \pm 7,875$) siendo significativamente mayor que en el grupo de trastorno de atracón ($\text{media}=9,70 \pm 6,914$). No se encuentran diferencias entre el resto de las categorías diagnósticas.

INEBAE	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
ANR	14	12,50	8,364	2,235	7,67	17,33	1	29
ANP	34	15,47	7,875	1,351	12,72	18,22	0	27
BN	132	12,61	7,572	,659	11,30	13,91	0	28
TA	30	9,70	6,914	1,262	7,12	12,28	0	26
Total	210	12,65	7,698	,531	11,60	13,69	0	29

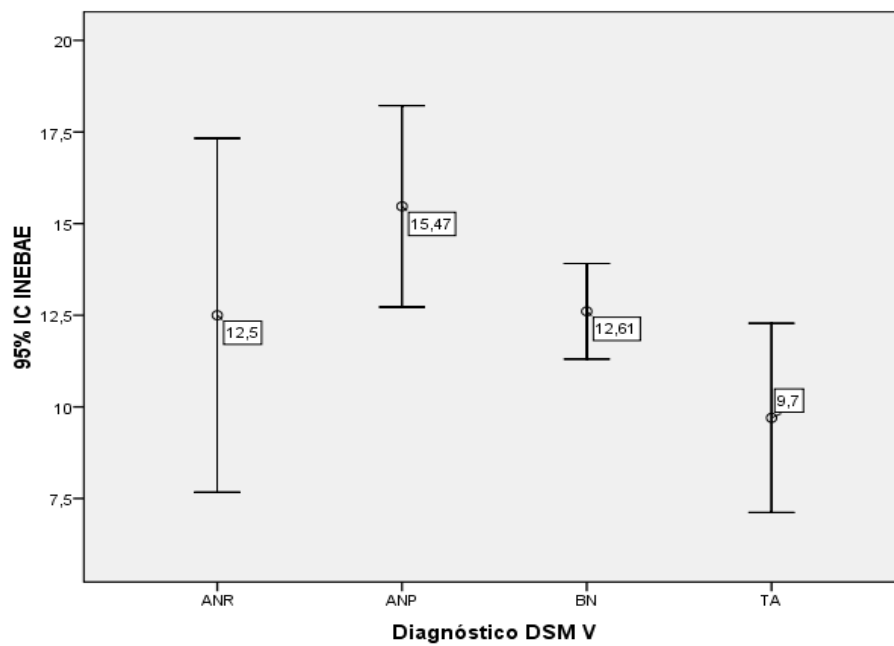
Tabla 37

Prueba de homogeneidad de varianzas			
INEBAE			
Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
,288	3	206	,834

Tabla 38

INEBAE Scheffé				
(I) Diagnostico dms5	(J) Diagnostico dms5	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.
ANP>	TA	5,771 [*]	1,900	,029

Tabla 39



PRUEBAS NO PARAMETRICAS

A continuación se presentan los resultados de las medidas no paramétricas en las que se ha empleado la prueba Kruskal-Wallis

Kruskal-Wallis	Chi-cuadrado	Sig.
RECAID	15,852	0,001
Cognitiva	8,783	0,032
ESCSINT	37,878	0,000
IMPDEL	8,888	0,031
SINBUL	35,996	0,000

Tabla 40

La fase de recaída (**RECAID**) obtiene mayor puntuación en ANP siendo significativamente mayor que en BN y TA (Chi-cuadrado= 15,852, sig= 0,001).

Los pacientes con ANP con media = 27,40 ($\pm 9,261$) superan de forma significativa ($z = -3,474$; $\text{sig} = 0.001$) a BN (media = 26,16 $\pm 10,874$), y también superan de forma significativa ($z = -3,6$; $\text{sig} < 0.001$) a los pacientes con TA (media = 17,90 $\pm 10,728$).

Prueba de homogeneidad de varianzas			
RECAID			
Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
3,560	3	203	,015

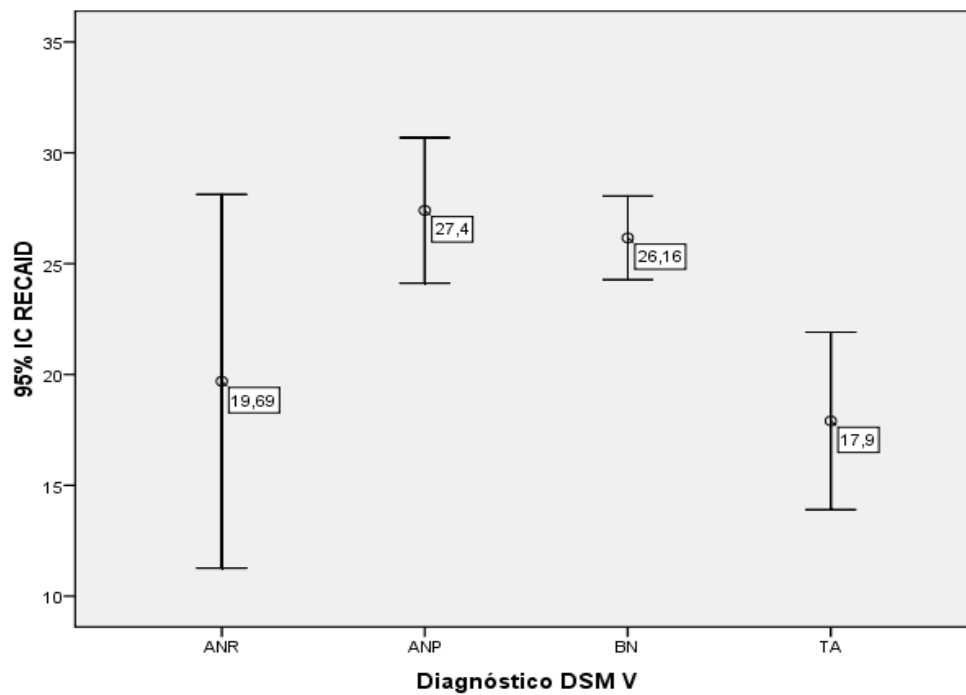
Tabla 41

RECAID	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
ANR	14	19,69	14,603	3,903	11,26	28,13	0	40
ANP	33	27,40	9,261	1,612	24,12	30,69	0	40
BN	130	26,16	10,874	,954	24,28	28,05	0	40
TA	30	17,90	10,728	1,959	13,90	21,91	1	40
Total	207	24,73	11,313	,786	23,18	26,28	0	40

Tabla 42

RECAID	U de Mann-Whitney		
(I) Diagnostico dms5	(J) Diagnostico dms5	Z	Sig.
ANP >	BN	-3,474	,001
ANP >	TA	-3,600	,000

Tabla 43



La **IMPULSIVIDAD COGNITIVA** obtiene mayor puntuación en BN siendo significativamente mayor que en ANR y TA (Chi-cuadrado= 8,783; sig= 0,032)

Las pacientes con BN (media= 17,46 ± 4,479) superan de forma significativa (z= -2,232; sig= 0,026) a las pacientes con ANR (media=14,21±4,627). También superan de forma significativa (z= - 2,104; sig=0,035) a los TA (media=15,27 ± 6,362).

Prueba de homogeneidad de varianzas			
Impulsividad Cognitiva			
Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
3,744	3	204	,012

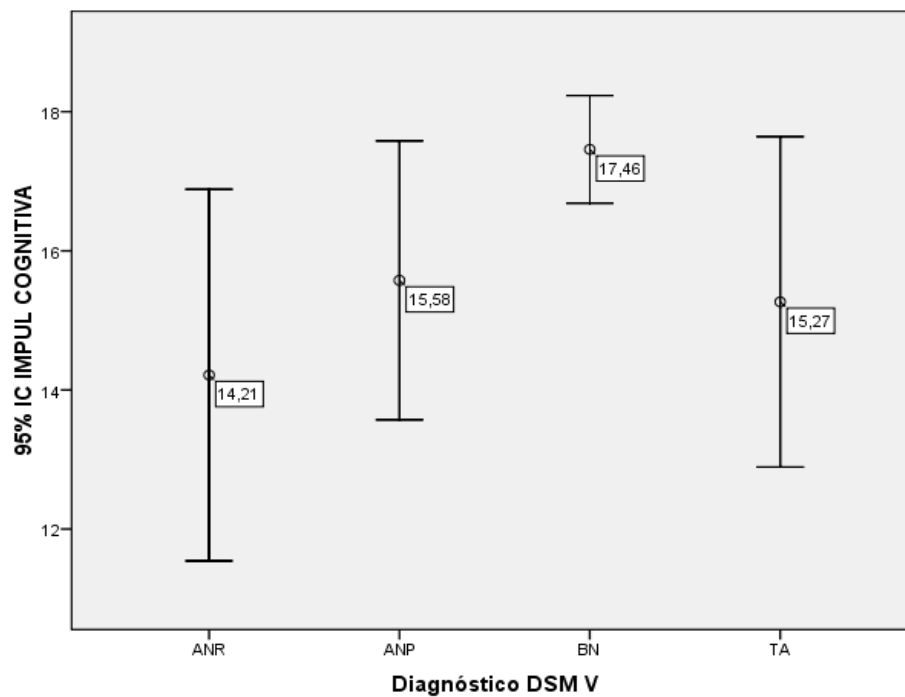
Tabla 44

Impulsividad Cognitiva	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
ANR	14	14,21	4,627	1,237	11,54	16,89	6	21
ANP	33	15,58	5,651	,984	13,57	17,58	1	25
BN	131	17,46	4,479	,391	16,68	18,23	5	32
TA	30	15,27	6,362	1,162	12,89	17,64	5	28
Total	208	16,63	5,082	,352	15,93	17,32	1	32

Tabla 45

Impulsividad COGNITIVA	U de Mann-Whitney		
(I) Diagnostico dms5	(J) Diagnostico dms5	Z	Sig.
BN >	ANR	-2,232	,026
BN >	TA	-2,104	,035

Tabla 46



La escala de síntomas del BITE (**ESCSINT**) obtiene su mayor puntuación en BN siendo significativamente mayor que ANR y TA (Chi-cuadrado= 37,878, sig= 0,000).

Las pacientes con BN (media= 22,35 \pm 5,669) superan de forma significativa ($z = -4,612$; sig< 0,000) a la ANR (media=11,71 \pm 7,237) y también supera de forma significativa ($Z = -3,509$; sig< 0,001) a las pacientes con TA (media=17,90 \pm 7,981).

Prueba de homogeneidad de varianzas			
ESCSINT			
Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
3,843	3	205	,010

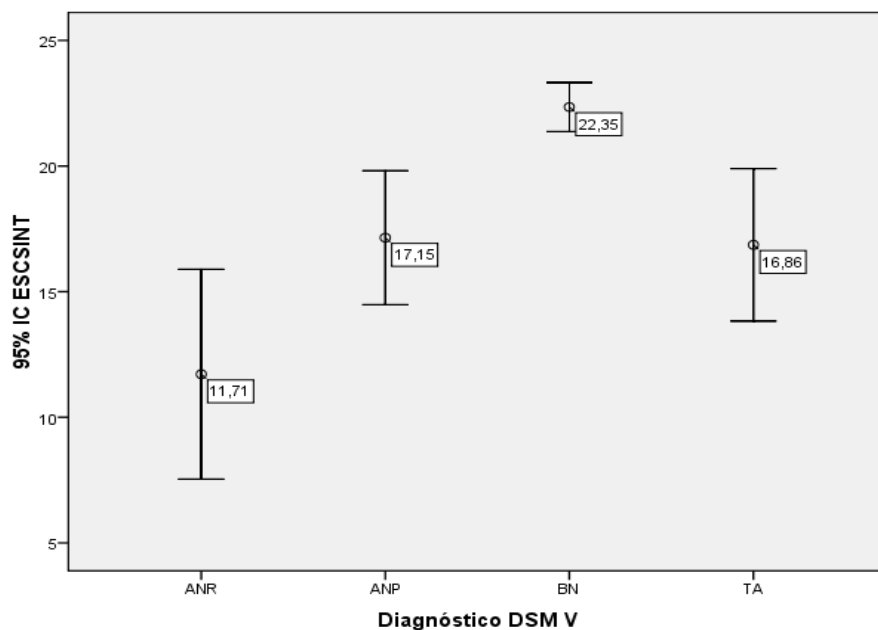
Tabla 47

ESCSINT	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
ANR	14	11,71	7,237	1,934	7,54	15,89	0	24
ANP	34	17,15	7,644	1,311	14,48	19,81	1	30
BN	132	22,35	5,669	,493	21,37	23,32	6	30
TA	29	16,86	7,981	1,482	13,83	19,90	2	28
Total	209	20,03	7,224	,500	19,04	21,01	0	30

Tabla 48

ESCSINT	U de Mann-Whitney		
(I) Diagnostico dms5	(J) Diagnostico dms5	Z	Sig.
BN >	ANR	-4,612	0,000
BN >	TA	-3,509	0,000

Tabla 49



La subescala de impulso a la delgadez del EDI (**IMPDEL**) obtiene una mayor puntuación en BN siendo significativamente mayor que en TA (Chi-cuadrado= 8,888; sig = 0,031). Las pacientes con BN (media=14,86 \pm 4,992) superan de forma significativa ($z=-2,815$; sig=0,005) a las pacientes de con TA (media=11,48 \pm 6,153).

Prueba de homogeneidad de varianzas			
IMPDEL			
Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
3,013	3	207	,031

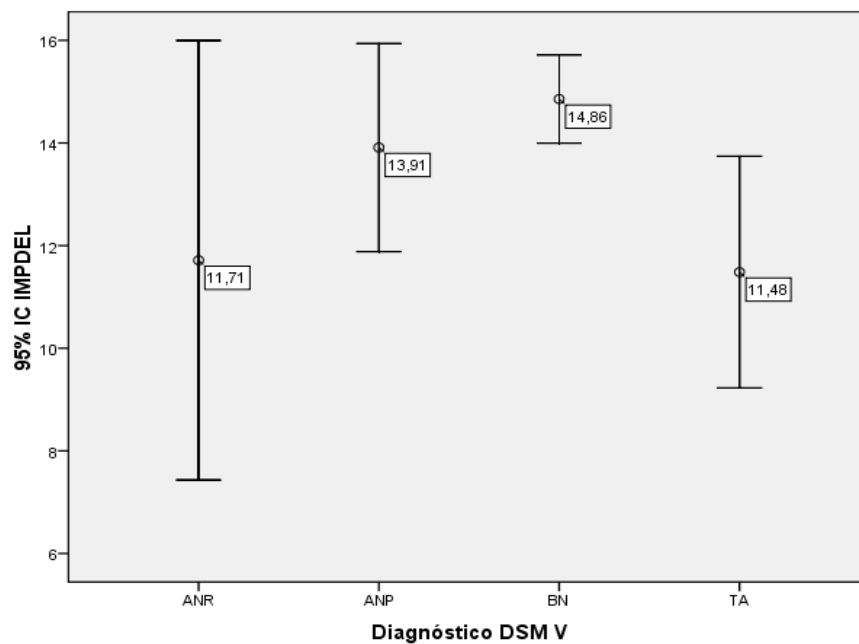
Tabla 50

IMPDEL	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
ANR	14	11,71	7,237	1,982	7,43	16,00	0	21
ANP	34	13,91	5,812	0,997	11,88	15,94	0	21
BN	132	14,86	4,992	,434	14,00	15,72	0	21
TA	31	11,48	6,153	1,105	9,23	13,74	0	20
Total	209	14,00	5,604	,386	13,24	14,76	0	21

Tabla 51

IMPDEL	U de Mann-Whitney		
(I) Diagnostico dms5	(J) Diagnostico dms5	Z	Sig.
BN >	TA	-2,815	0,005

Tabla 52



Los síntomas bulímicos (**SINBUL**) medidos con el EDI, obtiene mayor puntuación en BN siendo significativamente superior a la ANR y ANP (Chi-cuadrado=35,996; sig=0,000).

Las pacientes con BN (media=9,99 \pm 6,584) superan de forma significativa ($z = -4,238$; sig=0,000) a las pacientes con ANR (media=2,14 \pm 4,222). También superan de forma significativa ($z = -4,391$; sig=0,000) a las pacientes con ANP (media= 4,59 \pm 4,787).

Por otro lado las pacientes con ANP (media= 4,59 \pm 4,787) superan de forma significativa ($z = -2,028$; sig=0,043) a las pacientes con ANR (media=2,14 \pm 4,222).

Por último, las pacientes con TA (media=6,19 \pm 6,013) superan de forma significativa ($z = -2,511$; sig= 0,012) a las pacientes con ANR (media=2,14 \pm 4,222). Superando también de forma significativa ($z = -2,764$; sig= 0,006) a las pacientes con ANP (media= 4,59 \pm 4,787).

Prueba de homogeneidad de varianzas			
SINBUL			
Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
5,019	3	207	,002

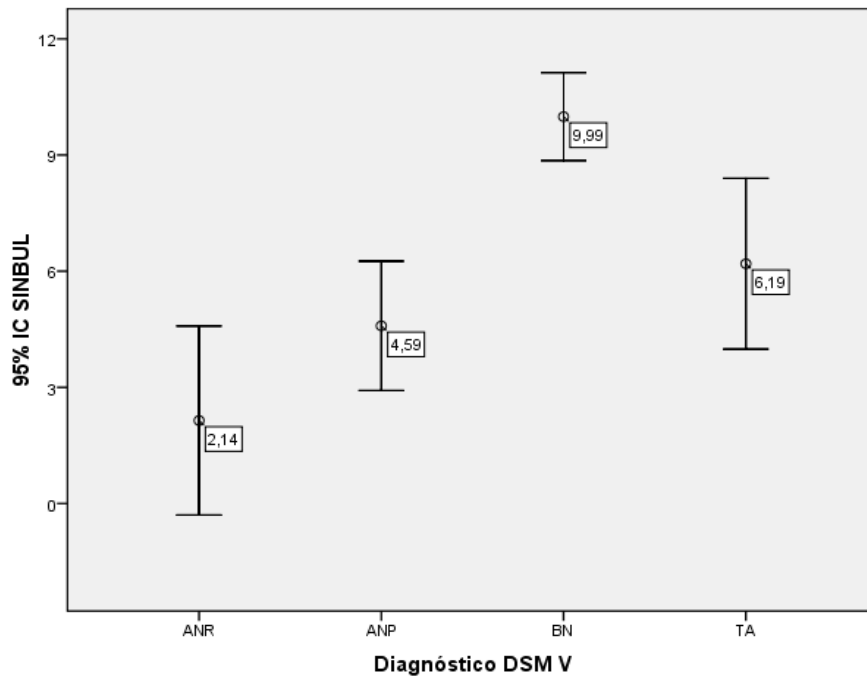
Tabla 53

SINBUL	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
ANR	14	2,14	4,222	1,128	-,29	4,58	0	15
ANP	34	4,59	4,787	,821	2,92	6,26	0	18
BN	132	9,99	6,584	,573	8,86	11,13	0	21
TA	31	6,19	6,013	1,080	3,99	8,40	0	18
Total	211	8,04	6,638	,457	7,14	8,94	0	21

Tabla 54

SINBUL	U de Mann-Whitney		
(I) Diagnostico dms5	(J) Diagnostico dms5	Z	Sig.
BN >	ANR	-4,238	0,000
BN >	ANP	-4,391	0,000
ANP >	ANR	-2,028	0,043
TA >	ANR	-2,511	0,012
TA >	ANP	-2,764	0,006

Tabla 55



3.2. Subtipo purgativo/no purgativo y gravedad

Para estudiar la influencia del tipo de diagnóstico entre Purgativa y no Purgativa, y las variables de gravedad clínica y rasgos de personalidad, utilizamos la prueba de la t de Student para dos muestras independientes. Como se observa en la tabla 56 existen diferencias significativas en una gran mayoría de medidas de gravedad clínica. No existiendo un claro patrón de síntomas que permita diferenciar entre pacientes purgativas y no purgativas, viéndose muchas de los síntomas afectados por la característica purgativa.

Prueba T para la igualdad de medias					
	Prueba T para la igualdad de medias			Medias muestrales	
	T	gl	Sig. (bilateral)	No purgativa	Purgativa
PRECON	-2,656	85,338	,009	9,50	12,77
CONTEM	-2,472	57,731	,016	17,50	20,78
MANTEN	3,631	207	,000	14,77	10,28
RECAID	-4,007	62,274	,000	18,47	26,42
AUDIT	-3,031	107,686	,003	2,48	4,39
TOTAL	-3,776	206	,000	45,59	56,13
Cognitiva	-2,248	59,383	,028	14,93	17,08
Motora	-3,492	206	,001	16,23	20,75
Impulsi	-2,945	206	,004	14,43	18,30
BDI	-2,572	207	,011	21,59	25,84
ESCSINT	-4,604	56,784	,000	15,19	21,28
ESCGRAV	-18,132	167,847	,000	2,60	12,79
EAT	-3,520	206	,001	44,20	57,84
IMPDEL	-2,968	59,960	,004	11,56	14,66
SINBUL	-3,935	78,071	,000	4,93	8,89
INSCOR	-2,428	209	,016	13,87	17,19
INEBAE	-2,008	208	,046	10,59	13,19
CONINT	-1,994	209	,047	9,78	12,17

Tabla 56

3.3. Subtipo purgativo/ no purgativo y rasgos de personalidad

Hemos estudiado también en qué rasgos de personalidad hay diferencias significativas atendiendo a si la paciente es purgativa o no. En nuestra muestra solo dos rasgos de personalidad tienen medidas significativamente más altas en las pacientes purgativas frente a las no purgativas. Esto significa que las pacientes purgativas tienen más rasgos histriónicos y límites que las no purgativas.

	Prueba T para la igualdad de medias			Medias muestrales	
	T	Gl	Sig. (bilateral)	No purgativa	Purgativa
Histriónico	-2,374	209	,019	2,72	3,37
Límite	-3,420	209	,001	4,37	5,43

Tabla 57

3.4 Diagnóstico Clínico y la variable personalidad

Hemos analizado la posible relación entre los rasgos de personalidad y los diferentes diagnósticos clínicos dentro de los TCA.

Los únicos rasgos de personalidad en los que se encuentran diferencias significativas en relación al diagnóstico clínico son los rasgos histriónicos y límite. Es decir, que no hay unos rasgos específicamente vinculados a cada uno de los diagnósticos de TCA, excepto los anteriormente citados.

ANOVA		
	F	Sig.
Histriónico	2,934	,034
Límite	4,085	,008

Tabla 58

En el rasgo histriónico con una $F = 2,934$ ($\text{sig} = 0.034$), obtiene su media más baja en el grupo de ANR (media= $2,07 \pm 1,207$) siendo significativamente menor que el grupo de BN (media= $3,36 \pm 1,641$), no encontrándose diferencias significativas entre los demás grupos. Esto indica que los pacientes con diagnóstico ANR tienden a tener un rasgo histriónico más bajo, frente a los del grupo BN que tienen a tener puntuaciones medias más altas.

Histriónico	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
ANR	14	2,07	1,207	,322	1,37	2,77	0	4
ANP	34	3,41	1,540	,264	2,87	3,95	1	7
BN	131	3,36	1,641	,143	3,08	3,64	0	7
TA	32	3,00	1,901	,336	2,31	3,69	0	7
Total	211	3,23	1,666	,115	3,00	3,45	0	7

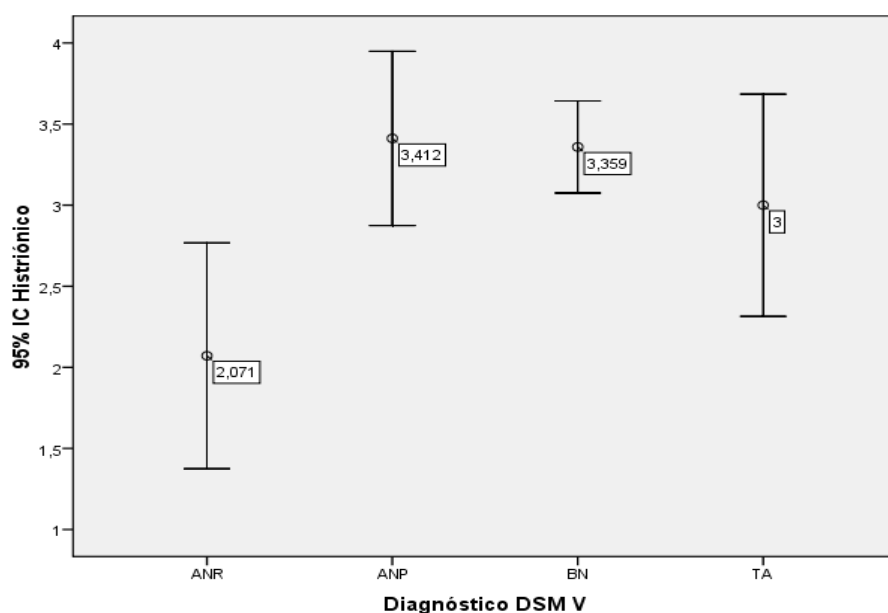
Tabla 59

Prueba de homogeneidad de varianzas			
Histriónico			
Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
1,466	3	207	,225

Tabla 60

Variable dependiente Histriónico					
Bonferroni	(I) Diagnostico dms5	(J) Diagnostico dms5	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.
	BN >	ANR	1,287*	,462	,035

Tabla 60



El rasgo límite con una $F = 4,085$ ($\text{sig} = 0,008$), obtiene su media más alta en el grupo de BN (media = $5,47 \pm 1,878$) siendo significativamente mayor que TA (media = $4,47 \pm 1,796$), no encontrándose diferencias significativas entre los demás grupos. Esto indica que los pacientes con diagnóstico BN tienden a tener un rasgo límite de personalidad más altos frente a los del grupo TA.

Límite	N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
ANR	14	4,14	2,316	,619	2,81	5,48	0	7
ANP	34	5,26	1,675	,287	4,68	5,85	1	8
BN	131	5,47	1,878	,164	5,15	5,80	1	9
TA	32	4,47	1,796	,317	3,82	5,12	1	7
Total	211	5,20	1,907	,131	4,94	5,46	0	9

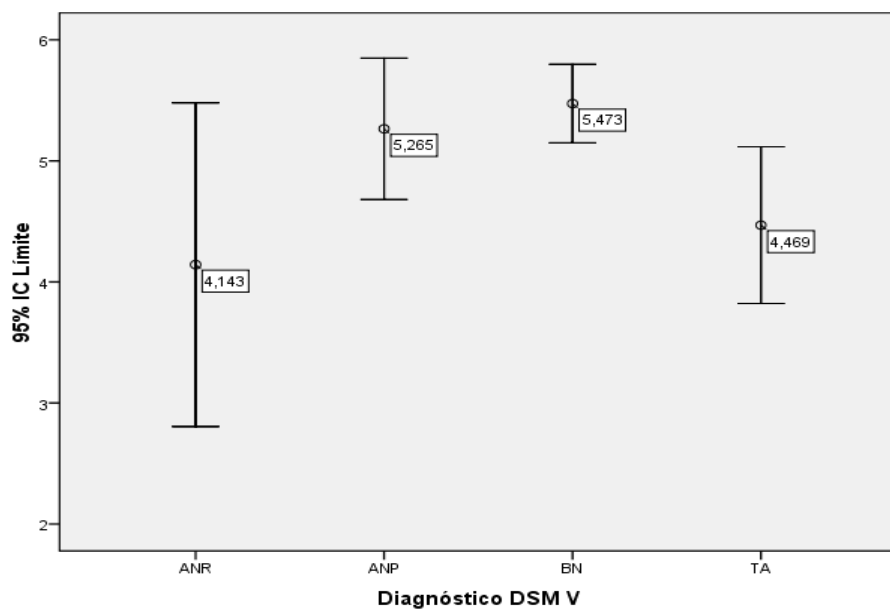
Tabla 61

Prueba de homogeneidad de varianzas			
Limite			
Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
,997	3	207	,395

Tabla 62

Variable dependiente Limite					
Bonferroni	(I) Diagnostico dms5	(J) Diagnostico dms5	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.
	BN	TA	1,005 [*]	,368	,041

Tabla 63



4. Personalidad y Gravedad Clínica

4.1. Correlación entre rasgos patológicos de la personalidad y medidas de gravedad clínica

Para estudiar la relación entre las variables de gravedad y las variables de personalidad hemos utilizado el coeficiente de correlación de Pearson.

La variable de gravedad clínica ha sido estudiada mediante diferentes cuestionarios que evalúan una serie de conductas y actitudes desadaptativas o patológicas. Hemos evaluado pues los síntomas bulímicos y su gravedad con el BITE, la depresión con el BDI, el consumo de alcohol con el AUDT, la impulsividad con el BARRAT, las actitudes alimentarias anómalas con el EAT, las actitudes frente al cambio con el ACTA, aspectos cognitivos y conductuales específicos de los trastornos de alimentación y la ansiedad con el STAI el EDI para evaluar áreas cognitivas y conductuales propias de los Trastornos de Alimentación.

Para la personalidad hemos empleado el cuestionario autoaplicado del IPDE que valora rasgos patológicos de la personalidad.

Las tablas que aparecen a continuación muestran las correlaciones de los rasgos de personalidad medidos con el IPDE con las diferentes escalas de medida de gravedad de síntomas:

Rasgos de Personalidad en Trastornos de la Conducta Alimentaria

Correlaciones Rasgos de Personalidad y ACTA											
		Paranoide	Esquizoid e	Esquizoti p	Histriónic	Antisocial	Narcisista	Límite	Obsesivo	Dependien	Evitación
PREC ON	Correlaci ón Pearson	0,196	0,221	0,183	0,157	0,122	0,023	0,303	0,140	0,346	0,260
	Signif bilateral	0,004	0,001	0,008	0,023	0,079	0,741	0,000	0,043	0,000	0,000
CON TEM	Correlaci ón Pearson	0,178	0,136	0,157	0,122	0,018	-0,011	0,289	0,085	0,248	0,267
	Signif bilateral	0,010	0,051	0,024	0,080	0,798	0,876	0,000	0,224	0,000	0,000
DECI SI	Correlaci ón Pearson	0,115	0,195	0,107	0,097	0,056	-0,018	0,269	0,162	0,218	0,227
	Signif bilateral	0,100	0,005	0,126	0,163	0,425	0,793	0,000	0,019	0,002	0,001
ACCI ÓN	Correlaci ón Pearson	-0,271	-0,288	-0,157	-0,001	-0,076	0,086	-0,272	-0,099	-0,223	-0,392
	Signif bilateral	0,000	0,000	0,024	0,984	0,278	0,220	0,000	0,157	0,001	0,000
MAN TEN	Correlaci ón Pearson	-0,279	-0,307	-0,110	0,011	-0,040	0,030	-0,387	-0,250	-0,191	-0,394
	Signif bilateral	0,000	0,000	0,113	0,872	0,569	0,664	0,000	0,000	0,006	0,000
RECA ID	Correlaci ón Pearson	0,193	0,236	0,107	0,063	0,004	0,041	0,349	0,159	0,204	0,264
	Signif bilateral	0,006	0,001	0,126	0,370	0,955	0,555	0,000	0,022	0,003	0,000

Tabla 64

Correlaciones Rasgos de Personalidad y AUDIT											
		Paranoide	Esquizoide	Esquizotip	Histriónic	Antisocial	Narcisista	Límite	Obsesivo	Dependien	Evitación
AUDIT	Correl ac Pearson	0,089	-0,150	0,018	0,134	0,313	0,083	0,170	-0,137	0,061	0,018
	Signif bilate ral	0,203	0,032	0,792	0,056	0,000	0,235	0,015	0,050	0,388	0,796

Tabla 65

Correlaciones Rasgos de Personalidad e Impulsividad (Barratt)											
		Paranoide	Esquizoide	Esquizotip	Histriónic	Antisocial	Narcisista	Límite	Obsesivo	Dependien	Evitación
IMPUL TOTAL	Correlac Pearson	0,247	0,097	0,235	0,349	0,326	0,197	0,444	-0,111	0,250	0,196
	Signif bilateral	0,000	0,166	0,001	0,000	0,000	0,004	0,000	0,110	0,000	0,005

Tabla 66

Correlaciones Rasgos de Personalidad y BDI											
		Paranoide	Esquizoide	Esquizotip	Histriónic	Antisocial	Narcisista	Límite	Obsesivo	Dependien	Evitación
BDI	Correlac Pearson	0,445	0,458	0,324	0,007	0,200	-0,019	0,536	0,280	0,439	0,526
	Signif bilateral	0,000	0,000	0,000	0,922	0,004	0,784	0,000	0,000	0,000	0,000

Tabla 67

Correlaciones Rasgos de personalidad y EAT											
		Paranoide	Esquizoide	Esquizotip	Histriónic	Antisocial	Narcisista	Límite	Obsesivo	Dependien	Evitación
EAT	Correlac Pearson	0,300	0,317	0,218	0,111	0,208	0,027	0,390	0,308	0,267	0,347
	Signif bilateral	0,000	0,000	0,002	0,112	0,003	0,695	0,000	0,000	0,000	0,000

Tabla 68

Correlaciones Rasgos de Personalidad y BITE											
		Paranoide	Esquizoid	Esquizotip	Histriónico	Antisocial	Narcisista	Límite	Obsesivo	Dependie	Evitación
BITE ESCSINT	Correlac Pearson	0,162	0,063	0,063	0,231	0,181	0,213	0,320	0,023	0,048	0,135
	Signif Bilateral	0,020	0,369	0,369	0,001	0,009	0,002	0,000	0,745	0,488	0,052
BITE ESCGRAV	Correlac Pearson	0,175	0,104	0,036	0,222	0,215	0,187	0,309	0,050	0,073	0,119
	Signif Bilateral	0,012	0,133	0,609	0,001	0,002	0,007	0,000	0,469	0,279	0,088

Tabla 69

Correlaciones Rasgos de Personalidad y STAI											
		Paranoide	Esquizoid	Esquizotip	Histriónico	Antisocial	Narcisista	Límite	Obsesivo	Dependie	Evitación
STAI ESTADO	Correlac Pearson	-0,030	-0,037	-0,035	0,134	-0,004	0,092	0,035	0,015	0,051	-0,057
	Signif bilateral	0,661	0,590	0,612	0,052	0,959	0,186	0,614	0,824	0,458	0,412
STAI RASGO	Correlac Pearson	0,300	0,215	0,170	0,101	0,076	0,045	0,418	0,244	0,385	0,351
	Signif bilateral	0,000	0,002	0,014	0,145	0,271	0,513	0,000	0,000	0,000	0,000

Tabla 70

Correlaciones Rasgos de personalidad y EDI											
		Paranoide	Esquizoid	Esquizotip	Histriónic	Antisocial	Narcisista	Límite	Obsesivo	Dependie	Evitación
IMPDEL	Correlac Pearson	0,224	0,214	0,112	0,153	0,153	0,034	0,335	0,103	0,217	0,351
	Signif Bilateral	0,001	0,002	0,106	0,026	0,026	0,622	0,000	0,138	0,002	0,000
SINBUL	Correlac Pearson	0,103	-0,039	0,042	0,189	0,118	0,180	0,149	-0,078	-0,070	0,032
	Signif Bilateral	0,138	0,576	0,542	0,006	0,088	0,009	0,031	0,259	0,310	0,649
INSCOR	Correlac Pearson	0,179	0,196	0,245	0,075	0,112	-0,061	0,291	0,037	0,128	0,257
	Signif Bilateral	0,009	0,004	0,000	0,282	0,107	0,381	0,000	0,596	0,063	0,000
INEBAE	Correlac Pearson	0,371	0,458	0,368	0,079	0,199	-0,041	0,558	0,302	0,435	0,487
	Signif Bilateral	0,000	0,000	0,000	0,255	0,004	0,552	0,000	0,000	0,000	0,000
PERFEC	Correlac Pearson	0,237	0,188	0,253	0,293	0,212	0,286	0,272	0,418	0,238	0,262
	Signif Bilateral	0,001	0,006	0,000	0,000	0,002	0,000	0,000	0,000	0,001	0,000
DESCINT	Correlac Pearson	0,450	0,564	0,554	-0,237	0,193	-0,057	0,290	0,215	0,172	0,488
	Signif Bilateral	0,000	0,000	0,000	0,001	0,005	0,410	0,000	0,002	0,013	0,000
CONINT	Correlac Pearson	0,369	0,243	0,358	0,133	0,150	0,118	0,435	0,247	0,245	0,341
	Signif Bilateral	0,000	0,000	0,000	0,055	0,029	0,087	0,000	0,000	0,000	0,000
MIEDMAD	Correlac Pearson	0,220	0,145	0,191	0,102	0,266	0,049	0,286	0,097	0,156	0,238
	Signif Bilateral	0,001	0,036	0,006	0,141	0,000	0,478	0,000	0,162	0,023	0,000

Tabla 71

Rasgo paranoide

El rasgo paranoide de la personalidad correlacionaba significativamente con el test ACTA con la etapa precontemplativa (PRECON) ($r=0,196$; $p=0,004$), con la contemplativa (CONTEM) ($R=0,178$; $P=0,01$) y con la de recaída (RECAID) ($r=0,193$; $p=0,006$) de forma positiva. Correlacionando de forma negativa con las etapas de acción (ACCION) ($r=-0,271$; $p=0,000$) y mantenimiento (MANTEN) ($r=-0,279$; $p=0,000$). El rasgo paranoide de personalidad se relaciona con un peor pronóstico en cuanto a la actitud para el cambio.

No existe correlación significativa con la puntuación en el test AUDIT lo que implica que no parece un rasgo asociado al consumo de alcohol. ($r=0,203$).

Existe una correlación positiva con la escala total del test de impulsividad de Barratt ($r=0,247$; $p=0,000$).

Con la puntuación en el test BDI existe una correlación positiva ($r=0,445$; $p=0,000$). Siendo el paranoide un rasgo que se asocia a los síntomas depresivos.

Respecto al test BITE existe una correlación positiva entre el rasgo paranoide y la subescala de síntomas ($r=0,162$; $p=0,000$) así como con la subescala de gravedad ($r=0,175$; $p=0,012$). Este rasgo se asocia a sintomatología bulímica.

Con el EAT se observa una correlación positiva ($r=0,300$; $p=0,000$).

De las escalas del EDI se encuentra una correlación con casi todas las subescalas: Impulso a la delgadez ($r=0,224$; $p=0,001$), Insatisfacción corporal ($r=0,179$; $p=0,009$), ineffectividad y baja autoestima ($r=0,371$; $p=0,000$), Perfeccionismo ($r=0,237$; $p=0,001$), Desconfianza interpersonal ($r=0,450$; $p=0,000$), Conciencia interoceptiva ($r=0,369$; $p=0,000$). Sin correlación con la escala de síntomas bulímicos ni miedo a madurar.

La correlación con la escala de ansiedad STAI, es positiva en la subescala rasgo ($r=0,300$; $p=0,000$) no siendo significativa en la subescala estado.

Rasgo esquizoide

La actitud frente al cambio medida con el test ACTA obtiene en las personas con rasgo esquizoide de personalidad una correlación positiva con la etapa precontemplativa ($r=0,221$; $p=0,001$), de decisión ($r=0,195$; $p=0,005$) y de recaída ($r=0,236$; $p=0,001$).

Observándose una correlación negativa con la escalas de acción ($r=-0,288$; $p=0,000$) y de mantenimiento ($r=-0,307$; $p=0,000$). Estas correlaciones indican una escasa actitud positiva hacia el cambio y el mantenimiento de los hábitos alimentarios saludables.

El rasgo esquizoide correlaciona negativamente con el resultado del test AUDIT ($r=-0,150$; $p=0,032$) por lo que podría ser un factor protector frente al consumo de alcohol.

No existe correlación entre la impulsividad y el rasgo esquizoide.

Con los síntomas depresivos existe una alta correlación positiva ($r=0,458$; $p=0,000$).

Con el EAT existe correlación ($r=0,317$; $p=0,000$).

En relación con el EDI se encuentran correlaciones positivas en las escalas de Impulso a la Delgadez ($r=0,214$; $p=0,002$), Insatisfacción corporal ($r=0,196$; $p=0,004$), Inefectividad y baja autoestima ($r=0,458$; $p=0,000$), Perfeccionismo ($r=0,188$; $p=0,006$), Desconfianza interpersonal ($r=0,564$; $p=0,000$) y conciencia interoceptiva ($r=0,243$; $p=0,000$).

En la escala STAI de ansiedad se obtiene una correlación positiva para la subescala ansiedad rasgo ($r=0,215$; $p=0,002$), no encontrándose correlación para la ansiedad puntual correspondiente a la subescala ansiedad estado.

Rasgo esquizotípico

Este rasgo correlaciona positivamente con el test ACTA con las subescalas PRECON ($r=0,183$; $p=0,008$), CONTEM ($r=0,157$; $p=0,024$). Así mismo, hay una correlación negativa con la subescala ACCION ($r=-0,157$; $p=0,024$). Lo que es indicativo de una pobre actitud hacia el cambio de actitudes en la alimentación.

No existe correlación con el test AUDIT que valora el consumo de alcohol.

Existe una correlación positiva con la puntuación total de la escala de impulsividad Barratt ($r=0,235$; $p=0,001$).

Con los síntomas depresivos del BDI hay correlación ($r=0,324$; $p=0,000$) positiva.

El rasgo esquizotípico no correlaciona con la escala BITE de síntomas bulímicos.

Con el EAT también existe una correlación positiva ($r=0,317$; $p=0,002$).

En relación al cuestionario EDI existe una correlación positiva en con las subescalas Insatisfacción corporal ($r=0,245$; $p=0,000$), Inefectividad y baja autoestima ($r=0,368$; $p=0,000$), Perfeccionismo ($r=0,253$, $p=0,000$), Desconfianza interpersonal ($r=0,554$; $p=0,000$) y Conciencia interoceptiva ($r=0,358$; $p=0,000$). No encontrándose relación con la subescala de impulso a la delgadez ni síntomas bulímicos.

Respecto a la ansiedad hay correlación con la subescala STAI rasgo ($r=0,170$; $p=0,014$). No habiendo relación con la ansiedad situacional.

Rasgo histriónico

El rasgo histriónico solo correlaciona con la subescala PRECON del test ACTA ($r=0,157$; $p=0,023$) lo que es indicativo de una muy mala actitud hacia el cambio de hábitos en la alimentación.

Se obtiene una correlación positiva con la puntuación total de la escala Barratt ($r=0,349$; $p=0,000$).

No existe correlación con la sintomatología depresiva valorada con el test BDI.

Existe una correlación positiva con las dos subescalas del test BITE, la subescala de síntomas ($r=0,231$; $p=0,001$) y la de gravedad ($r=0,222$; $p=0,001$).

No existe correlación con la escala EAT. Este rasgo junto con el Narcisista son los dos únicos que no tiene correlación con la puntuación del EAT.

Respecto a las subescalas del EDI existe correlación positiva con las subescalas Impulso a la delgadez ($r=0,153$; $p=0,026$), Síntomas bulímicos ($r=0,189$; $p=0,006$) y Perfeccionismo ($r=0,293$; $p=0,000$). Y una correlación negativa con la subescala Desconfianza interpersonal ($r=-0,237$; $p=0,001$).

No hay correlación con la ansiedad ni rasgo ni estado. Las personas con rasgos histriónicos de la personalidad no sienten ansiedad o no la identifican.

Rasgo antisocial

No existe correlación significativa con ninguna subescala del test ACTA. Puede ser que sus respuestas sean esquivas o que sean inconsistentes en su tendencia al cambio de hábitos de alimentación.

Respecto al consumo de alcohol hay una correlación positiva entre el rasgo antisocial y el test AUDIT ($r=0,313$; $p=0,000$). Es la correlación más alta encontrada en la muestra entre el consumo de alcohol y un rasgo de personalidad. Que solo es positiva para el rasgo límite ($r=0,170$; $p=0,015$) entre el resto de rasgos.

La impulsividad correlaciona positivamente en la escala de impulsividad del test de Barratt ($r=0,326$; $p=0,000$).

Respecto a la puntuación en el test BDI existe una correlación positiva ($r=0,200$; $p=0,004$).

Así mismo hay correlación positiva entre el rasgo antisocial y la subescalas del BITE, escala de síntomas ($r=0,181$; $p=0,009$) y de gravedad ($r=0,215$; $p=0,002$).

En relación al EAT existe una correlación positiva ($r=0,208$; $p=0,003$).

Las correlaciones con el EDI son positivas en las subescalas Impulso a la delgadez ($r=0,153$; $p=0,026$), Inefectividad y baja autoestima ($r=0,199$; $p=0,004$), Perfeccionismo ($r=0,212$; $p=0,002$), Desconfianza interpersonal ($r=0,193$; $p=0,005$) y Conciencia interoceptiva ($r=0,150$; $p=0,029$).

No se han encontrado correlaciones entre el rasgo antisocial de la personalidad y las subescalas del STAI que mide la ansiedad rasgo y estado. Pudiendo por las características de este rasgo significar una falta de sentimientos o sensaciones desagradables.

Rasgo narcisista de la personalidad

No existe correlación significativa con ninguna subescala del test ACTA. Tampoco se encuentra correlación con las puntuaciones del AUDIT. Parece existir independencia en la influencia de este rasgo tanto en la actitud frente al cambio de hábitos de alimentación así como en el consumo de alcohol.

Respecto a la impulsividad se obtiene una correlación positiva con el test de Barratt ($r=0,197$; $p=0,004$).

No existe correlación entre este rasgo y los sentimientos depresivos.

Respecto al BITE hay correlación positiva entre las dos subescalas, la de síntomas ($r=0,213$; $p=0,002$) y la de gravedad ($r=0,187$; $p=0,007$).

No existe correlación con el resultado del EAT.

En el EDI se observa una correlación positiva con las subescalas de Síntomas bulímicos ($r=0,180$; $p=0,009$) y la de Perfeccionismo ($r=0,286$; $p=0,000$).

No existe correlación del rasgo narcisista con las puntuaciones del STAI.

Rasgo Límite

Se observa una correlación positiva con las subescalas del ACTA, Precon ($r=0,303$; $p=0,000$), Contem ($r=0,289$; $p=0,000$), Decisi ($r=0,269$; $p=0,000$) y Recaid ($r=0,349$; $p=0,000$). Se detecta una correlación negativa con las subescalas Acción ($r=-0,272$; $p=0,000$) y Manten ($r=-0,387$; $p=0,000$). Estas correlaciones negativas se asocian a un mal pronóstico siendo esta última subescala en la que obtiene una correlación negativa más alta en relación a los otros rasgos de personalidad.

En el test AUDIT aparece una correlación positiva ($r=0,170$; $p=0,015$).

Como es de esperar en la escala Barratt se observan las correlaciones más altas. Siendo la correlación más alta ($r=0,444$; $p=0,000$) en relación al resto de los rasgos de personalidad seguidas de los rasgos histriónico ($r=0,349$; $p=0,000$) y antisocial ($r=0,326$; $p=0,000$).

En relación a la puntuación en el BDI se obtiene la correlación más alta ($r=0,536$; $p=0,000$) respecto al resto de los rasgos. Si bien la correlación entre depresión y rasgos de personalidad es positiva en todos excepto en el histriónico y el narcisista.

En el BITE también se observan las correlaciones más altas tanto en la subescala de síntomas ($r=0,320$; $p=0,000$) como para la de gravedad ($r=0,309$; $p=0,000$).

En el EAT de nuevo aparece la correlación más alta ($r=0,390$; $p=0,000$).

Respecto al EDI las correlaciones son positivas en todas las subescalas lo que no nos permite discriminar dónde se encuentran las mayores dificultades de las personas con este rasgo de personalidad. Impulso a la delgadez ($r=0,335$; $p=0,000$), Síntomas bulímicos ($r=0,149$; $p=0,031$), Insatisfacción corporal ($r=0,291$; $p=0,000$), Inefectividad y baja autoestima ($r=0,558$; $p=0,000$), perfeccionismo ($r=0,272$; $p=0,000$), Desconfianza interpersonal ($r=0,290$; $p=0,000$) y conciencia interoceptiva ($r=0,435$; $p=0,000$).

La puntuación del STAI también obtiene la correlación más alta respecto al resto de los rasgos de personalidad en la subescala Rasgo ($r=0,418$; $p=0,000$).

Rasgo obsesivo

Existe una correlación positiva con las subescalas Decisi ($r=0,162$; $p=0,019$) y Recaida ($r=0,159$; $p=0,022$) del test ACTA. Y una correlación negativa con la subescala mantenimiento ($r=-0,250$; $p=0,000$).

No existe correlación entre este rasgo de personalidad y el consumo de alcohol.

En el test de Barratt o hay relación con la escala que mide impulsividad. Lo que significaría que en el caso de ser un rasgo con influencia en la impulsividad es un factor protector para la aparición de dicha impulsividad.

Se observa una correlación positiva con el BDI ($r=0,280$; $p=0,000$).

No existe correlación con el test de BITE de síntomas bulímicos.

Existe una correlación positiva con el EAT ($r=0,308$; $p=0,000$).

Respecto al EDI aparecen correlaciones positivas en las subescalas Inefectividad y baja autoestima ($r=0,302$; $p=0,000$), Perfeccionismo ($r=0,418$; $p=0,000$) siendo esta la correlación más alta de todos los rasgos de personalidad, Desconfianza interpersonal ($r=0,215$; $p=0,002$) y Conciencia interoceptiva ($r=0,247$; $p=0,000$).

En el STAI aparece una correlación positiva ($r=0,244$; $p=0,000$) en la subescala Rasgo.

Rasgo dependiente

El rasgo dependiente de la personalidad mantiene una correlación positiva con el ACTA en las subescalas de Precon ($r=0,346$; $p=0,000$), Contem ($r=0,248$; $p=0,000$), Decisi

($r=0,218$; $p=0,002$) Recaid ($r=0,204$; $p=0,003$). Obteniéndose sin embargo, correlación negativa en las subescalas Acción ($r=-0,223$; $p=0,001$) y en Manten ($r=-0,191$; $p=0,006$).

En el test AUDIT no aparece correlación significativa.

Respecto a la impulsividad se observan correlaciones positivas en la puntuación ($r=0,250$; $p=0,000$).

Existe una correlación positiva con el test BDI ($r=0,439$; $p=0,000$).

En el BITE no hay correlación con las subescalas.

Con el test EAT existe una correlación positiva ($r=0,267$; $p=0,000$).

En relación a las subescalas del EDI aparecen correlaciones positivas en Impulso a la delgadez ($r=0,217$; $p=0,002$), Inefectividad y baja autoestima ($r=0,435$; $p=0,000$), Perfeccionismo ($r=0,238$; $p=0,001$), Desconfianza interpersonal ($r=0,172$; $p=0,013$) y Conciencia interoceptiva ($r=0,245$; $p=0,000$).

La ansiedad correlaciona positivamente como Rasgo ($r=0,385$; $p=0,000$) pero no como Estado.

Rasgo evitativo

El rasgo evitativo de la personalidad correlaciona positivamente en el ACTA con las subescalas, Precon ($r=0,260$; $p=0,000$), Contem ($r=0,267$; $p=0,000$), Decisi ($r=0,227$; $p=0,001$) y Recaid ($r=0,264$; $p=0,000$). Mantiene una correlación negativa con las subescalas Acción ($r=-0,392$; $p=0,000$) y Manten ($r=-0,394$; $p=0,000$).

No hay correlación con el test de alcoholismo AUDIT.

Con la escala Barratt de impulsividad mantiene correlaciones positivas ($r=0,196$; $p=0,000$).

La correlación con el BDI es una de las más altas ($r=0,526$; $p=0,000$) con un rasgo de personalidad junto con el rasgo límite ($r=0,536$; $p=0,000$).

No existe una correlación significativa en el BITE de síntomas bulímicos.

La correlación con el EAT ($r=0,347$; $p=0,000$) es una de las más altas junto con la del rasgo límite ($r=0,390$; $p=0,000$).

En relación al EDI aparecen correlaciones significativas en casi todas las subescalas excepto en la de Síntomas bulímicos. Siendo las correlaciones las siguientes: con la subescala Impulso a la delgadez ($r=0,351; p=0,000$) de nuevo una de las correlaciones más altas junto con el rasgo límite, con Insatisfacción corporal ($r=0,257; p=0,000$), Inefectividad y baja autoestima ($r=0,487; p=0,000$), Perfeccionismo ($r=0,262; p=0,000$), Desconfianza interpersonal ($r=0,488; p=0,000$) y Conciencia interoceptiva ($r=0,341; p=0,000$).

En cuanto a la ansiedad aparece una correlación significativa con la subescala Rasgo del test STAI ($r=0,351; p=0,000$).

4.2. Relación entre la presencia de rasgos de personalidad y las variables de gravedad clínica.

Hemos recodificado las variables de personalidad de la siguiente manera:

Puntuaciones de 0 a 3, **NO** tiene el rasgo de personalidad; mayor de 4, **SI** tiene ese rasgo de personalidad.

Realizamos la prueba de la t de Student de dos muestras independientes.

Las tablas que se muestran a continuación muestran las diferencias estadísticamente significativas encontradas entre los que sí tienen el rasgo de personalidad y los que no la tienen, en cuanto a todas las variables que miden la gravedad.

PARANOIDE	Prueba T para muestras independientes			Medias muestrales	
	T	gl	Sig. (bilateral)	No Paranoide	Si Paranoide
PRECON	-3,166	206	0,002	10,70	14,51
CONTEM	-2,762	206	0,006	19,08	21,79
ACCION	3,496	205	0,001	25,07	20,63
MANTEN	3,617	195,923	0,000	12,50	9,01
IMPULSIVIDA TOTAL	-2,991	205	0,003	51,34	58,60
Cognitiva	-3,381	205	0,001	15,76	18,21
Motora	-3,085	205	0,002	18,59	22,04
BDI	-5,783	206	0,000	22,13	29,77
ESCGRAV	-2,161	181,785	0,032	10,21	11,62
ESCSINTD	-2,14	206	0,034	13,47	15,18
EAT	-3,369	205	0,001	50,94	62,14
IMPDEL	-2,501	182,045	0,013	13,32	15,21
INEBAE	-4,038	207	0,000	11,05	15,37
PERFEC	-2,606	134,336	0,01	5,49	7,01
DESCINT	-5,075	207	0,000	4,60	7,92
CONINT	-4,798	208	0,000	9,91	14,61
MIEMAD	-2,397	208	0,017	8,38	10,58
STAI RASGO	-3,665	208	0,000	28,92	31,56

Tabla 72

El grupo que tienen el rasgo paranoide de personalidad tiene medias mayores que el grupo que no tiene el rasgo casi todas las escalas o subescalas que valoran la gravedad clínica, excepto en la etapa de acción y mantenimiento del test ACTA en que obtiene

medias superiores en aquellas pacientes que no poseen rasgos paranoides. (ver tabla 72)

ESQUIZOIDE	Prueba T para muestras independientes			Medias muestrales	
	T	GI	Sig. (bilateral)	No Esquizoide	Si Esquizoide
PRECON	-2,568	172,75	0,011	10,85	13,92
CONTEM	-2,234	204,607	0,027	19,25	21,28
ACCION	2,964	205	0,003	24,95	21,23
MANTEN	4,425	205,799	0,000	12,93	8,71
RECAID	-3,847	195,722	0,000	22,38	28,18
Impuls Cognitiva	-2,618	195,176	0,010	15,91	17,71
BDI	-6,233	206	0,000	21,70	29,69
ESCGRAV	-1,992	206	0,048	9,98	11,82
ESCSINTD	-2,416	206	0,017	13,33	15,20
EAT	-3,047	205	0,003	50,99	60,96
IMPDEL	-2,532	200,717	0,012	13,25	15,14
INSCOR	-3,552	197,567	0,000	14,88	18,75
INEBAE	-5,926	207	0,000	10,21	16,17
DESCINT	-7,49	146,614	0,000	3,91	8,60
CONINT	-3,38	208	0,001	10,28	13,61
STAI RASGO	-2,567	208	0,011	29,13	30,98

Tabla 73

Al igual que ocurre con el rasgo paranoide de personalidad en las personas que puntúan alto en el rasgo esquizoide también obtienen medias más altas en la mayoría de las escalas de gravedad clínica. Excepto en la subescala de acción y mantenimiento del ACTA cuya media es mayor en el grupo de pacientes que no tienen este rasgo. El no tener rasgos esquizoides es un buen factor de pronóstico respecto a la actitud frente al cambio. (ver tabla 73)

ESQUIZOTIPICO	Prueba T para muestras independientes			Medias muestrales	
	T	gl	Sig. (bilateral)	No Esquizotípico	Si Esquizotípico
PRECON	-3,655	206	0,000	10,93	15,90
CONTEM	-2,779	89,818	0,007	19,40	22,25
DECISI	-2,054	206	0,000	21,69	24,32
ACCION	2,841	205	0,000	24,42	20,27
MANTEN	2,867	206	0,000	12,05	8,56
IMPULS TOTAL	-2,16	64,397	0,034	52,36	59,15
Motora	-3,542	205	0,000	18,79	23,28
BDI	-5,671	206	0,000	22,88	31,39
EAT	-3,339	205	0,000	52,02	64,63
INSCOR	-4,521	97,204	0,000	15,21	20,43
INEBAE	-5,377	207	0,000	11,14	17,52
PERFEC	-2,548	207	0,000	5,66	7,29
DESCINT	-7,143	207	0,000	4,63	9,69
CONINT	-3,936	208	0,000	10,57	15,02
MIEMAD	-2,228	208	0,000	8,63	10,96

Tabla 74

No tener rasgos esquizotípicos también es un factor de buen pronóstico respecto a la actitud frente al cambio como se observa en las escalas y subescalas del ACTA acción y mantenimiento. Por el contrario tener esos rasgos aumenta la puntuación en la gran mayoría de las medidas de gravedad sintomática. (ver tabla 74)

HISTRONICO	Prueba T para muestras independientes			Medias muestrales	
	T	Gl	Sig. (bilateral)	No Histriónico	Si Histriónico
AUDIT	-2,677	160,184	0,008	3,26	5,11
Impulsiv TOTAL	-2,841	205	0,005	51,20	57,94
Motora	-2,395	205	0,018	18,75	21,39
IMPUL NO P	-3,012	205	0,003	16,15	19,46
ESCSINT	-1,981	191,702	0,049	16,15	19,46
ESCGRAV	-2,192	206	0,03	9,90	11,93
PERFEC	-3,734	207	0	5,23	7,25
DESCINT	3,803	207	0	6,79	4,29

Tabla 75

Puntuar positivamente en rasgo histriónico de personalidad está relacionado con el consumo de alcohol, la impulsividad total, motora y la no planificada, con síntomas bulímicos y una mayor gravedad de los mismos evaluada con el cuestionario BITE, con perfeccionismo y desconfianza interpersonal. (ver tabla 75)

Antisocial	Prueba T para muestras independientes			Medias muestrales	
	T	Gl	Sig. (bilateral)	No Antisocial	Si Antisocial
AUDIT	-2,341	9,341	,043	3,72	9,30
TOTAL	-3,754	205	,000	52,93	73,00
Cognitiva	-2,299	205	,022	16,44	20,20
Motora	-3,518	205	,001	19,39	28,10
Impulsi	-3,021	205	,003	17,11	24,70
BDI	-2,402	206	,017	24,52	32,10
EAT	-2,352	205	,020	54,09	71,80
INEBAE	-2,211	207	,028	12,34	17,80
CONINT	-2,233	208	,027	11,37	16,50
MIEMAD	-3,030	208	,003	8,88	15,10

Tabla 76

Puntuar positivamente en rasgo antisocial está relacionado con todos los tipos de impulsividad, con el consumo de alcohol, con depresión, actitudes anómalas en la comida, con ineffectividad y baja autoestima con baja conciencia interoceptiva y miedo a madurar (ver tabla 76).

NARCISISTA	Prueba T para muestras independientes			Medias muestrales	
	T	GI	Sig. (bilateral)	No Narcisista	Si Narcisista
Motora	-2,551	205	0,011	18,96	22,04
ESCSINT	-2,419	138,676	0,017	19,38	21,74
PERFEC	-4,561	207	0,000	5,29	7,93

Tabla 77

El rasgo narcisista parece ser un factor protector para las personas con TCA. Ya que solo tiene influencia en la impulsividad motora, en los síntomas bulímicos y en perfeccionismo. No existen casi diferencias en la gravedad de los síntomas de las pacientes que tienen rasgos narcisistas de personalidad de las que no los tienen. (ver tabla 77)

Rasgos de Personalidad en Trastornos de la Conducta Alimentaria

LÍMITE	Prueba T para muestras independientes			Medias muestrales	
	T	GI	Sig. (bilateral)	No Límite	Si Límite
PRECON	-3,233	206	0,001	8,25	12,98
CONTEM	-3,656	50,81	0,001	16,05	21,02
DECISI	-3,777	206	0,000	18,23	23,27
ACCION	3,734	205	0,000	28,10	22,35
MANTEN	6,798	206	0,000	17,83	9,68
RECAID	-6,561	204	0,000	14,95	27,00
IMPUL TOTAL	-4,829	205	0,000	42,83	56,56
Cognitiva	-4,357	205	0,000	13,60	17,35
Motora	-5,141	205	0,000	14,40	21,10
Impulsi	-2,386	205	0,018	14,83	18,11
BDI	-6,998	206	0,000	16,20	27,02
ESCSINT	-3,683	45,932	0,001	15,20	21,19
ESCGRAV	-3,82	50,614	0,000	7,58	11,46
EAT	-5,772	205	0,000	37,32	59,30
MPDEL	-6,119	208	0,000	9,56	15,08
SINBUL	-2,568	208	0,011	5,71	8,64
INSCOR	-3,339	54,355	0,002	12,27	17,44
INEBAE	-9,349	88,562	0,000	5,53	14,28
PERFEC	-5,46	86,104	0,000	3,73	6,58
DESCINT	-4,427	76,342	0,000	3,35	6,37
CONINT	-6,947	71,654	0,000	5,90	12,99
MIEMAD	-4,365	89,272	0,000	6,15	9,91
STAI RASGO	-5,831	208	0,000	25,95	30,81

Tabla 78

El rasgo límite de personalidad es el que se relaciona claramente con todas las medidas de gravedad de los síntomas. Existen diferencias significativas en la medida de gravedad de los síntomas entre las pacientes que sí tienen este rasgo y las que no. En la mayoría de las escalas y subescalas las pacientes con rasgos límites superan en puntuación a las que no tienen esos rasgos. A excepción de las subescalas de acción y mantenimiento del ACTA. (ver tabla 78)

OBSESIVO	Prueba T para muestras independientes			Medias muestrales	
	T	gl	Sig. (bilateral)	No Obsesivo	Si Obsesivo
MANTEN	3,334	206	0,001	13,37	9,89
Cognitiva	2,308	205	0,022	17,62	15,97
Impulsi	2,667	205	0,008	19,26	16,30
BDI	-3,441	206	0,001	21,99	26,70
EAT	-3,562	205	0	47,89	59,48
INEBAE	-2,969	207	0,003	10,65	13,84
PERFEC	-5,653	207	0	4,22	7,18
CONINT	-2,184	208	0,03	10,26	12,46
STA_RASGO	-2,781	208	0,006	28,65	30,64

Tabla 79

Tener rasgos obsesivos se relaciona con tener más puntuación en depresión, EAT, ineffectividad y baja autoestima, perfeccionismo, conciencia interoceptiva y ansiedad rasgo. Así mismo correlaciona con tener menos impulsividad cognitiva, menos impulsividad no planeada y menos mantenimiento en la escala ACTA. (ver tabla 79)

DEPENDENCIA	Prueba T para muestras independientes			Medias muestrales	
	T	Gl	Sig. (bilateral)	No Dependencia	Si Dependencia
PRECON	-3,394	206	0,001	10,21	14,12
CONTEM	-2,239	205,028	0,026	19,06	21,17
ACCION	3,609	205	0	25,56	21,16
MANTEN	2,267	202,565	0,024	12,35	10,03
RECAID	-2,272	202,075	0,024	23,02	26,55
TOTAL	-2,982	205	0,003	50,62	57,55
Cognitiva	-3,358	205	0,001	15,52	17,85
Motora	-2,237	205	0,026	18,66	21,08
Impulsi	-1,997	205	0,047	16,44	18,62
BDI	-5,647	206	0	21,52	28,73
ESCSINTD	-2,432	205,141	0,016	13,20	15,04
ESCGRAVD	2,076	146	0,04	11,11	8,93
EAT	-2,745	204,805	0,007	50,79	59,56
INEBAE	-5,577	207	0	9,97	15,53
PERFEC	-2,731	207	0,007	5,34	6,81
DESCINT	-2,152	194,498	0,033	5,12	6,55
CONINT	-2,433	208	0,016	10,49	12,87
MIEMAD	-2,46	208	0,015	8,15	10,32
STAI RASGO	-5,486	206,747	0	28,15	31,78

Tabla 80

El poseer rasgos dependientes de personalidad se correlaciona positivamente con gran parte de las medidas de gravedad de los síntomas. Excepto en las subescalas de mantenimiento y acción del ACTA y el de gravedad de síntomas bulímicos del BITE. (ver tabla 80)

EVITACION	Prueba T para muestras independientes			Medias muestrales	
	T	gl	Sig. (bilateral)	No Evitación	Si Evitación
PRECON	-3,468	141,168	0,001	9,25	13,30
CONTEM	-3,088	206	0,002	17,86	21,02
DECISI	-2,582	206	0,011	20,20	23,21
ACCION	6,145	205	0,000	28,89	21,14
MANTEN	4,485	89,577	0,000	15,08	9,58
RECAID	-3,29	93,499	0,001	20,44	26,51
TOTAL	-2,902	205	0,004	48,92	56,18
Cognitiva	-2,825	205	0,005	15,17	17,29
Motora	-2,641	205	0,009	17,71	20,77
BDI	-7,173	206	0,000	18,30	27,81
ESCSINTD	-3,049	101,904	0,003	12,22	14,90
EAT	-4,502	205	0,000	44,44	59,64
IMPDEL	-4,174	91,196	0,000	11,34	15,17
INSCOR	-3,053	105,889	0,003	13,72	17,62
INEBAE	-6,822	207	0,000	7,66	14,79
PERFEC	-3,271	207	0,001	4,72	6,61
DESCINT	-6,525	176,258	0,000	3,19	6,94
CONINT	-3,938	208	0,000	8,77	12,86
MIEMAD	-2,619	208	0,009	7,44	9,94
STAI RASGO	-4,987	208	0,000	27,35	30,99

Tabla 81

Así mismo poseer rasgos evitativos de personalidad correlaciona claramente con muchas de las medidas de gravedad de los síntomas de forma que estos aumentan. Existen diferencias significativas en la medida de gravedad de casi todos los síntomas excepto en las fase de mantenimiento y acción en las que tendrían peor pronóstico. (ver tabla 81)

4.3. Análisis univariante de personalidad y gravedad clínica

A continuación hemos convertido en variables cualitativas binarias tanto los rasgos de personalidad como las medidas de gravedad, de manera que tenemos los rasgos de personalidad divididos en el grupo que posee determinado rasgo y el que no lo tiene (20 grupos en total). Y por otro lado cada una de las medidas de gravedad evaluadas con los cuestionarios se han dividido igualmente en dos grupos, los que tienen puntuaciones positivas según el punto de corte establecido y los que no (50 grupos en total).

Se han analizado las relaciones entre ambas variables con la prueba de Chi cuadrado.

PARANOIDE

Las pacientes que puntúan positivo en el rasgo paranoide tienen una mayor probabilidad de puntuar positivamente en el Test de actitudes ante la alimentación que las que no puntúan en ese rasgo ($\chi^2 = 4,308$, $p = 0,038$). Más específicamente, el riesgo de puntuar en el Test de actitudes ante la alimentación en pacientes paranoides está comprendido entre 1,033 y 3,778 veces más que en el caso de las pacientes del grupo no paranoide (ver tabla IV.3.2 y gráfico).

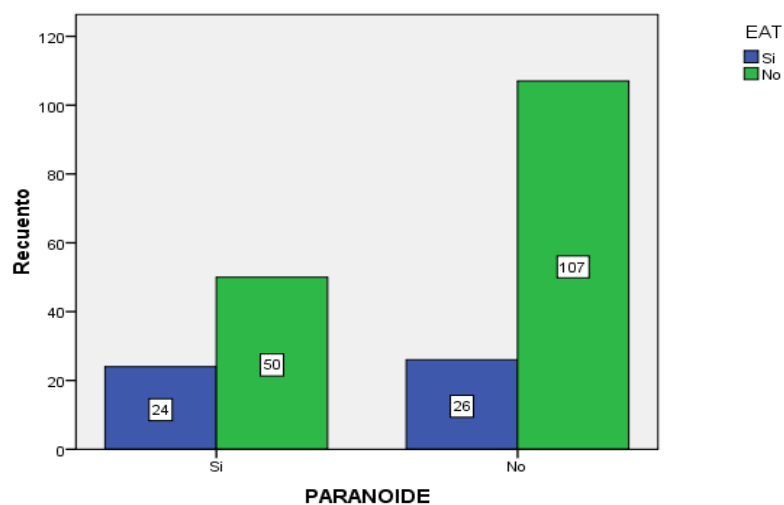
Tabla de contingencia PARANOIDE * EAT			EAT		Total
			Si	No	
PARANOIDE	Si	Recuento	24	50	74
		Frecuencia esperada	17,9	56,1	74
		% dentro de EAT	48,00%	31,80%	35,70%
	No	Recuento	26	107	133
		Frecuencia esperada	32,1	100,9	133
		% dentro de EAT	52,00%	68,20%	64,30%
Total	Recuento		50	157	207
	Frecuencia esperada		50	157	207
	% dentro de EAT		100,00%	100,00%	100,00%

Tabla IV.3.1

Estimación de riesgo	Intervalo de confianza al 95%		
	Valor	Inferior	Superior
Razón de las ventajas para PARANOIDE (Si / No)	1,975	1,033	3,778
Para la cohorte EAT = Si	1,659	1,03	2,672
Para la cohorte EAT = No	0,84	0,702	1,004
N de casos válidos	207		

Tabla IV.3.2

Gráfico de barras



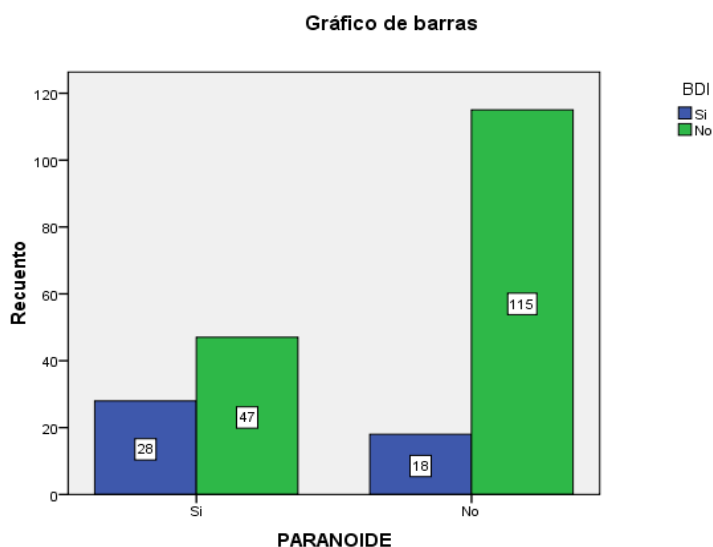
Las pacientes que puntúan positivo en el rasgo paranoide tienen una mayor probabilidad de puntuar positivamente en depresión que las que no puntúan en ese rasgo ($\chi^2 = 15,770$, $p = 0,000$). Concretamente, el riesgo de puntuar en depresión en pacientes paranoides está comprendido entre 1,924 y 7,531 veces más que en el caso de las pacientes del grupo no paranoide (ver tabla IV.3.4 y gráfico).

Tabla de contingencia PARANOIDE * BDI		BDI			
		Si	No	Total	
PARANOIDE	Si	Recuento	28	47	75
		Frecuencia esperada	16,6	58,4	75
		% dentro de BDI	60,90%	29,00%	36,10%
	No	Recuento	18	115	133
		Frecuencia esperada	29,4	103,6	133
		% dentro de BDI	39,10%	71,00%	63,90%
Total	Recuento	46	162	208	
	Frecuencia esperada	46	162	208	
	% dentro de BDI	100,00%	100,00%	100,00%	

Tabla IV.3.3

Estimación de riesgo	Intervalo de confianza al 95%		
	Valor	Inferior	Superior
Razón de las ventajas para PARANOIDE (Si / No)	3,806	1,924	7,531
Para la cohorte BDI = Si	2,759	1,64	4,64
Para la cohorte BDI = No	0,725	0,601	0,874
N de casos válidos	208		

Tabla IV.3.4



Las pacientes que puntúan positivo en el rasgo paranoide tienen una mayor probabilidad de puntuar positivamente en ansiedad como rasgo que las que no puntúan en ese rasgo ($\chi^2 = 5,914$, $p = 0,015$). Concretamente, el riesgo de puntuar en ansiedad como rasgo en pacientes paranoides está comprendido entre 1,162 y 4,442 veces más que en el caso de las pacientes del grupo no paranoide (ver tabla IV.3.6 y gráfico).

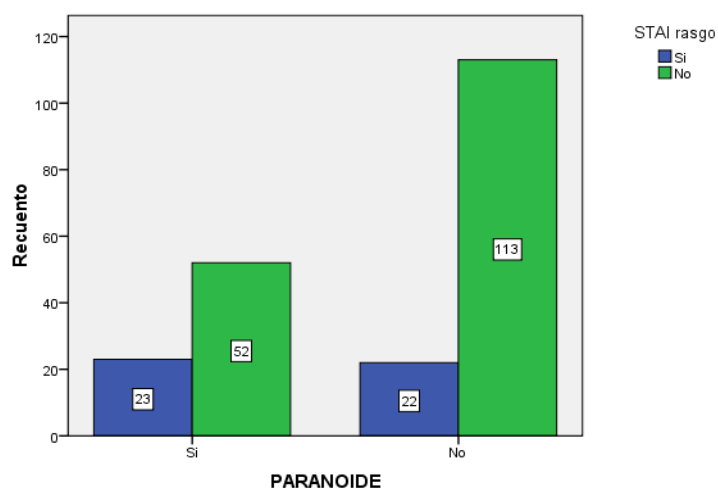
Tabla de contingencia PARANOIDE * STAI rasgo			STAI rasgo		
			Si	No	Total
PARANOIDE	Si	Recuento	23	52	75
		Frecuencia esperada	16,1	58,9	75
		% dentro de STAI rasgo	51,10%	31,50%	35,70%
	No	Recuento	22	113	135
		Frecuencia esperada	28,9	106,1	135
		% dentro de STAI rasgo	48,90%	68,50%	64,30%
Total	Recuento		45	165	210
	Frecuencia esperada		45	165	210
	% dentro de STAI rasgo		100,00%	100,00%	100,00%

Tabla IV.3.5

Estimación de riesgo	Intervalo de confianza al 95%		
	Valor	Inferior	Superior
Razón de las ventajas para PARANOIDE (Si / No)	2,272	1,162	4,442
Para la cohorte STAI rasgo = Si	1,882	1,128	3,139
Para la cohorte STAI rasgo = No	0,828	0,7	0,98
N de casos válidos	210		

Tabla IV.3.6

Gráfico de barras



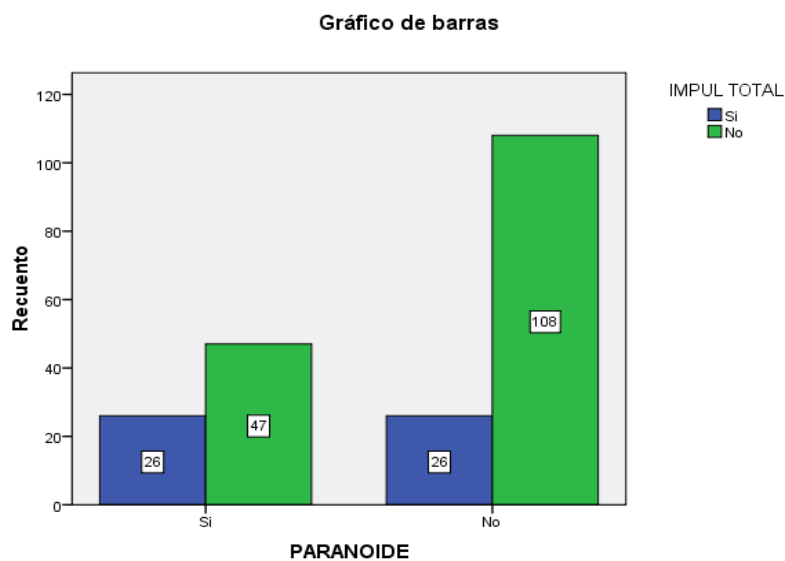
Las pacientes que puntúan positivo en el rasgo paranoide tienen una mayor probabilidad de puntuar positivamente en impulsividad total que las que no puntúan en ese rasgo ($\chi^2 = 6,604$, $p = 0,010$). Más específicamente, el riesgo de puntuar en impulsividad total en pacientes paranoides está comprendido entre 1,209 y 4,369 veces más que en el caso de las pacientes del grupo no paranoide (ver tabla IV.3.8 y gráfico).

Tabla de contingencia PARANOIDE * IMPUL TOTAL		IMPUL TOTAL			
		Si	No	Total	
PARANOIDE	Si	Recuento	26	47	73
		Frecuencia esperada	18,3	54,7	73
		% dentro de IMPUL TOTAL	50,00%	30,30%	35,30%
	No	Recuento	26	108	134
		Frecuencia esperada	33,7	100,3	134
		% dentro de IMPUL TOTAL	50,00%	69,70%	64,70%
Total	Recuento	52	155	207	
	Frecuencia esperada	52	155	207	
	% dentro de IMPUL TOTAL	100,00%	100,00%	100,00%	

Tabla IV.3.7

Estimación de riesgo	Intervalo de confianza al 95%		
	Valor	Inferior	Superior
Razón de las ventajas para PARANOIDE (Si / No)	2,298	1,209	4,369
Para la cohorte IMPUL TOTAL = Si	1,836	1,156	2,916
Para la cohorte IMPUL TOTAL = No	0,799	0,661	0,966
N de casos válidos	207		

Tabla IV.3.8



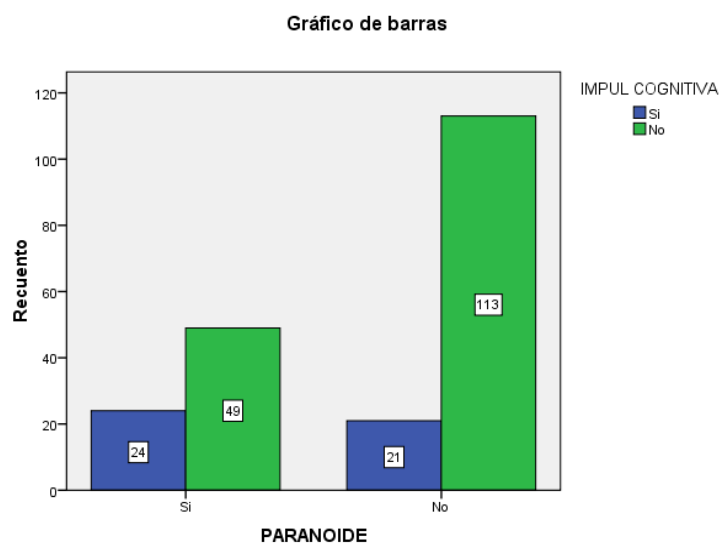
Las pacientes que puntúan positivo en el rasgo paranoide tienen una mayor probabilidad de puntuar positivamente en impulsividad cognitiva que las que no puntúan en ese rasgo ($\chi^2=8,222$, $p = 0,004$). Más específicamente, el riesgo de puntuar en impulsividad cognitiva en pacientes paranoides está comprendido entre 1,342 y 5,175 veces más que en el caso de las pacientes del grupo no paranoide (ver tabla IV.3.10 y gráfico).

Tabla de contingencia PARANOIDE * IMPUL COGNITIVA			IMPUL COGNITIVA		
			Si	No	Total
PARANOIDE	Si	Recuento	24	49	73
		Frecuencia esperada	15,9	57,1	73
		% dentro de IMPUL COGNITIVA	53,30%	30,20%	35,30%
	No	Recuento	21	113	134
		Frecuencia esperada	29,1	104,9	134
		% dentro de IMPUL COGNITIVA	46,70%	69,80%	64,70%
Total		Recuento	45	162	207
		Frecuencia esperada	45	162	207
		% dentro de IMPUL COGNITIVA	100,00%	100,00%	100,00%

Tabla IV.3.9

Estimación de riesgo	Intervalo de confianza al 95%		
	Valor	Inferior	Superior
Razón de las ventajas para PARANOIDE (Si / No)	2,636	1,342	5,175
Para la cohorte IMPUL COGNITIVA = Si	2,098	1,258	3,499
Para la cohorte IMPUL COGNITIVA = No	0,796	0,667	0,949
N de casos válidos	207		

Tabla IV.3.10



Las pacientes que puntúan positivo en el rasgo paranoide tienen una mayor probabilidad de puntuar positivamente en Impulsividad Motora que las que no puntúan en ese rasgo ($\chi^2 = 8,441$, $p = 0,004$). Más específicamente, el riesgo de puntuar en Impulsividad motora en pacientes paranoides está comprendido entre 1,344 y 4,873 veces más que en el caso de las pacientes del grupo no paranoide (ver tabla IV.3.12 y gráfico).

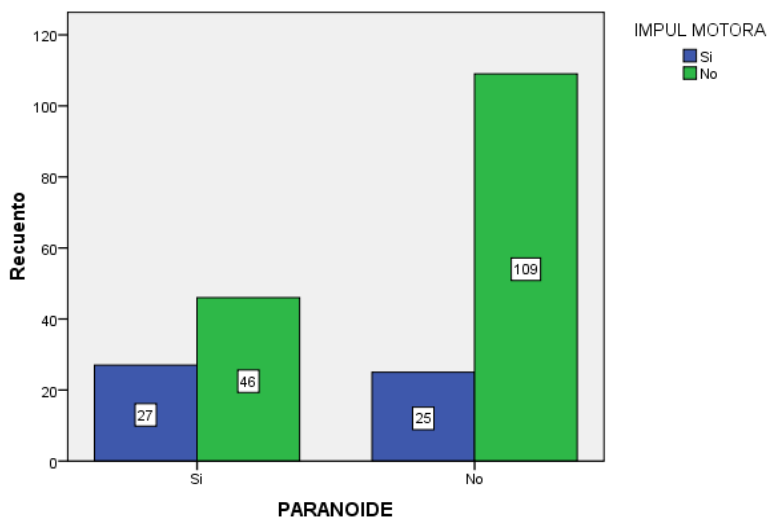
Tabla de contingencia PARANOIDE * IMPUL MOTORA			IMPUL MOTORA		
			Si	No	Total
PARANOIDE	Si	Recuento	27	46	73
		Frecuencia esperada	18,3	54,7	73
		% dentro de IMPUL MOTORA	51,90%	29,70%	35,30%
	No	Recuento	25	109	134
		Frecuencia esperada	33,7	100,3	134
		% dentro de IMPUL MOTORA	48,10%	70,30%	64,70%
Total		Recuento	52	155	207
		Frecuencia esperada	52	155	207
		% dentro de IMPUL MOTORA	100,00%	100,00%	100,00%

Tabla IV.3.11

Estimación de riesgo	Intervalo de confianza al 95%		
	Valor	Inferior	Superior
Razón de las ventajas para PARANOIDE (Si / No)	2,559	1,344	4,873
Para la cohorte IMPUL MOTORA = Si	1,982	1,247	3,151
Para la cohorte IMPUL MOTORA = No	0,775	0,638	0,94
N de casos válidos	207		

Tabla IV.3.12

Gráfico de barras



Las pacientes que puntúan positivo en el rasgo paranoide tienen una mayor probabilidad de puntuar positivamente en la etapa precontemplativa que las que no puntúan en ese rasgo ($\chi^2 = 7,256$, $p = 0,007$). Más específicamente, el riesgo de puntuar en la etapa precontemplativa en pacientes paranoides está comprendido entre 1,259 y 4,612 veces más que en el caso de las pacientes del grupo no paranoide (ver tabla IV.3.14 y gráfico).

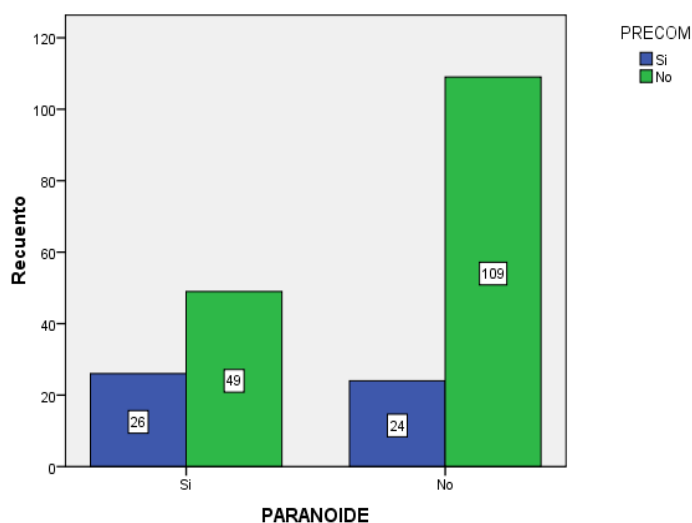
Tabla de contingencia PARANOIDE * PRECON			PRECON		
			Si	No	Total
PARANOIDE	Si	Recuento	26	49	75
		Frecuencia esperada	18	57	75
		% dentro de PRECON	52,00%	31,00%	36,10%
	No	Recuento	24	109	133
		Frecuencia esperada	32	101	133
		% dentro de PRECON	48,00%	69,00%	63,90%
Total		Recuento	50	158	208
		Frecuencia esperada	50	158	208
		% dentro de PRECON	100,00%	100,00%	100,00%

Tabla IV.3.13

Estimación de riesgo	Intervalo de confianza al 95%		
	Valor	Inferior	Superior
Razón de las ventajas para PARANOIDE (Si / No)	2,41	1,259	4,612
Para la cohorte PRECON = Si	1,921	1,192	3,096
Para la cohorte PRECON = No	0,797	0,664	0,957
N de casos válidos	208		

Tabla IV.3.14

Gráfico de barras



Las pacientes que puntúan positivo en el rasgo paranoide tienen una mayor probabilidad de puntuar positivamente en la etapa decisión que las que no puntúan en ese rasgo ($\chi^2 = 4,937$, $p = 0,026$). Más específicamente, el riesgo de puntuar en la etapa decisión en pacientes paranoides está comprendido entre 1,079 y 3,668 veces más que en el caso de las pacientes del grupo no paranoide (ver tabla IV.3.16 y gráfico).

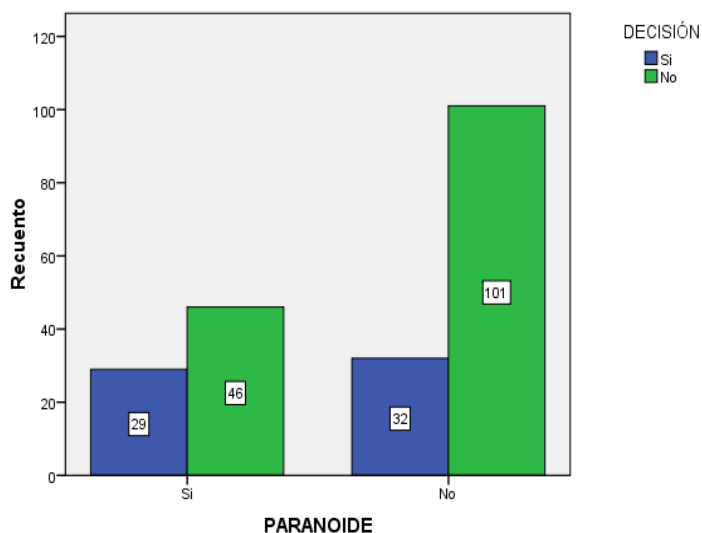
Tabla de contingencia PARANOIDE * DECISIÓN		DECISIÓN			
		Si	No	Total	
PARANOIDE	Si	Recuento	29	46	75
		Frecuencia esperada	22	53	75
		% dentro de DECISIÓN	47,50%	31,30%	36,10%
	No	Recuento	32	101	133
		Frecuencia esperada	39	94	133
		% dentro de DECISIÓN	52,50%	68,70%	63,90%
Total	Recuento	61	147	208	
	Frecuencia esperada	61	147	208	
	% dentro de DECISIÓN	100,00%	100,00%	100,00%	

Tabla IV.3.15

Estimación de riesgo	Intervalo de confianza al 95%		
	Valor	Inferior	Superior
Razón de las ventajas para PARANOIDE (Si /No)	1,99	1,079	3,668
Para la cohorte DECISIÓN = Si	1,607	1,061	2,434
Para la cohorte DECISIÓN = No	0,808	0,659	0,99
N de casos válidos	208		

Tabla IV.3.16

Gráfico de barras



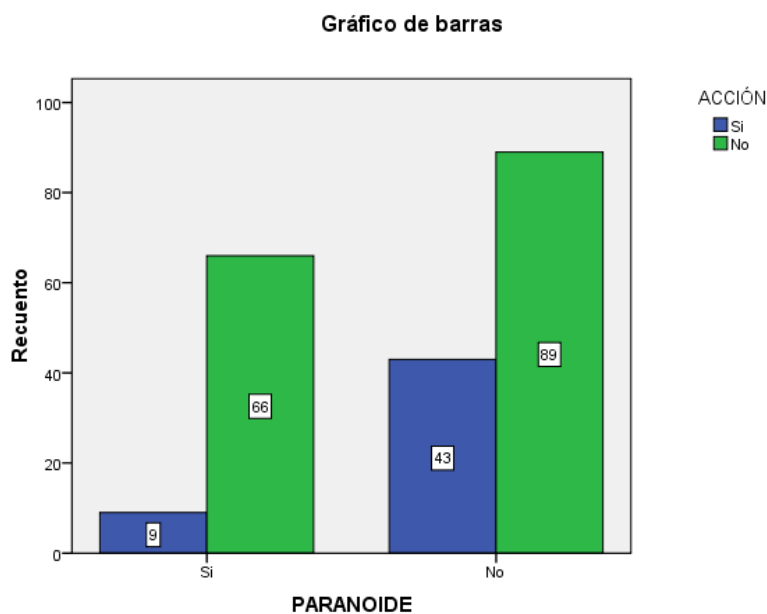
Las pacientes que puntúan negativo en el rasgo paranoide tienen una mayor probabilidad de puntuar positivamente en la etapa acción que las que puntúan en ese rasgo ($\chi^2 = 19,764$, $p = 0,001$). Más específicamente, el riesgo de puntuar en la etapa acción en pacientes no paranoides está comprendido entre 1,129 y 1,509 veces más que en el caso de las pacientes del grupo paranoide (ver tabla IV.3.18 y gráfico).

Tabla de contingencia PARANOIDE * ACCIÓN			ACCIÓN		
			Si	No	Total
PARANOIDE	Si	Recuento	9	66	75
		Frecuencia esperada	18,8	56,2	75
		% dentro de ACCIÓN	17,30%	42,60%	36,20%
	No	Recuento	43	89	132
		Frecuencia esperada	33,2	98,8	132
		% dentro de ACCIÓN	82,70%	57,40%	63,80%
Total	Recuento		52	155	207
	Frecuencia esperada		52	155	207
	% dentro de ACCIÓN		100,00%	100,00%	100,00%

Tabla IV.3.17

Estimación de riesgo	Intervalo de confianza al 95%		
	Valor	Inferior	Superior
Razón de las ventajas para PARANOIDE (Si / No)	0,282	0,129	0,619
Para la cohorte ACCIÓN = Si	0,368	0,19	0,713
Para la cohorte ACCIÓN = No	1,305	1,129	1,509
N de casos válidos	207		

Tabla IV.3.18



Las pacientes que puntúan negativo en el rasgo paranoide tienen una mayor probabilidad de puntuar positivamente en mantenimiento que las que puntúan en ese rasgo ($\chi^2 = 5,149$, $p = 0,023$). Más específicamente, el riesgo de puntuar en mantenimiento en pacientes no paranoides está comprendido entre 1,036 y 1,378 veces más que en el caso de las pacientes del grupo paranoide (ver tabla IV.3.20 y gráfico).

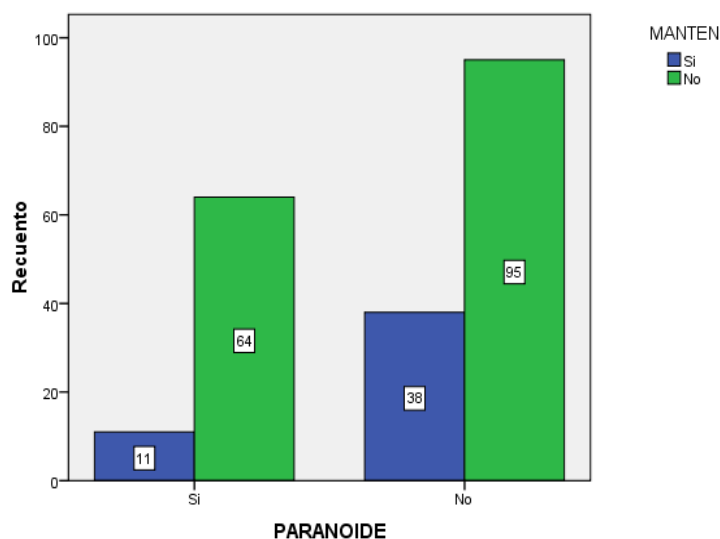
Tabla de contingencia PARANOIDE * MANTEN			MANTEN		
			Si	No	Total
PARANOIDE	Si	Recuento	11	64	75
		Frecuencia esperada	17,7	57,3	75
		% dentro de MANTEN	22,40%	40,30%	36,10%
	No	Recuento	38	95	133
		Frecuencia esperada	31,3	101,7	133
		% dentro de MANTEN	77,60%	59,70%	63,90%
Total	Recuento		49	159	208
	Frecuencia esperada		49	159	208
	% dentro de MANTEN		100,00%	100,00%	100,00%

Tabla IV.3.19

Estimación de riesgo	Intervalo de confianza al 95%		
	Valor	Inferior	Superior
Razón de las ventajas para PARANOIDE (Si / No)	0,43	0,205	0,903
Para la cohorte MANTEN = Si	0,513	0,279	0,943
Para la cohorte MANTEN = No	1,195	1,036	1,378
N de casos válidos	208		

Tabla IV.3.20

Gráfico de barras



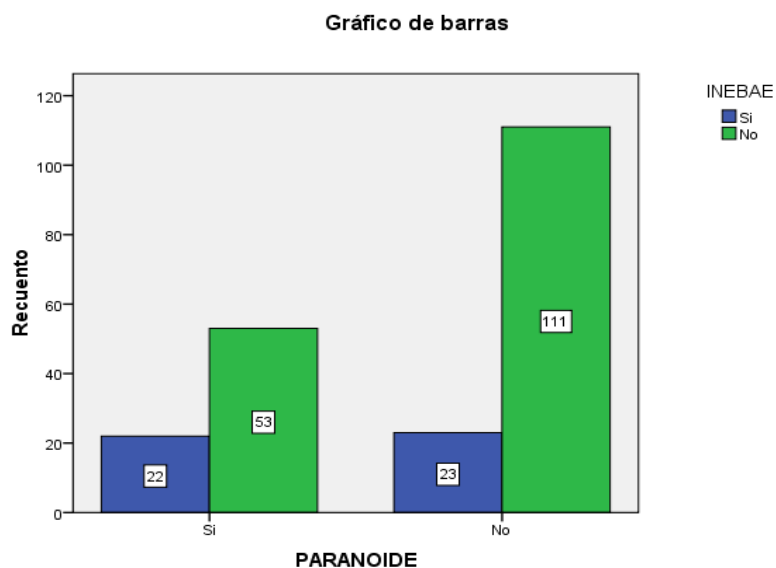
Las pacientes que puntúan positivo en el rasgo paranoide tienen una mayor probabilidad de puntuar positivamente en ineffectividad y baja autoestima del EDI que las que no puntúan en ese rasgo ($\chi^2 = 4,215$, $p = 0,040$). Más específicamente, el riesgo de puntuar en ineffectividad y baja autoestima del EDI en pacientes paranoides está comprendido entre 1,025 y 3,914 veces más que en el caso de las pacientes del grupo no paranoide (ver tabla IV.3.22 y gráfico).

Tabla de contingencia PARANOIDE * INEBAE			INEBAE		
			Si	No	Total
PARANOIDE	Si	Recuento	22	53	75
		Frecuencia esperada	16,1	58,9	75
		% dentro de INEBAE	48,90%	32,30%	35,90%
	No	Recuento	23	111	134
		Frecuencia esperada	28,9	105,1	134
		% dentro de INEBAE	51,10%	67,70%	64,10%
Total	Recuento		45	164	209
	Frecuencia esperada		45	164	209
	% dentro de INEBAE		100,00%	100,00%	100,00%

Tabla IV.3.21

Estimación de riesgo	Intervalo de confianza al 95%		
	Valor	Inferior	Superior
Razón de las ventajas para PARANOIDE (Si / No)	2,003	1,025	3,914
Para la cohorte INEBAE = Si	1,709	1,025	2,851
Para la cohorte INEBAE = No	0,853	0,723	1,006
N de casos válidos	209		

Tabla IV.3.22



Las pacientes que puntúan positivo en el rasgo paranoide tienen una mayor probabilidad de puntuar positivamente en impulso a la delgadez que las que no puntúan en ese rasgo ($\chi^2 = 4,864$, $p = 0,027$). Más específicamente, el riesgo de puntuar en impulso a la delgadez en pacientes paranoides está comprendido entre 1,078 y 4,069 veces más que en el caso de las pacientes del grupo no paranoide (ver tabla IV.3.24 y gráfico).

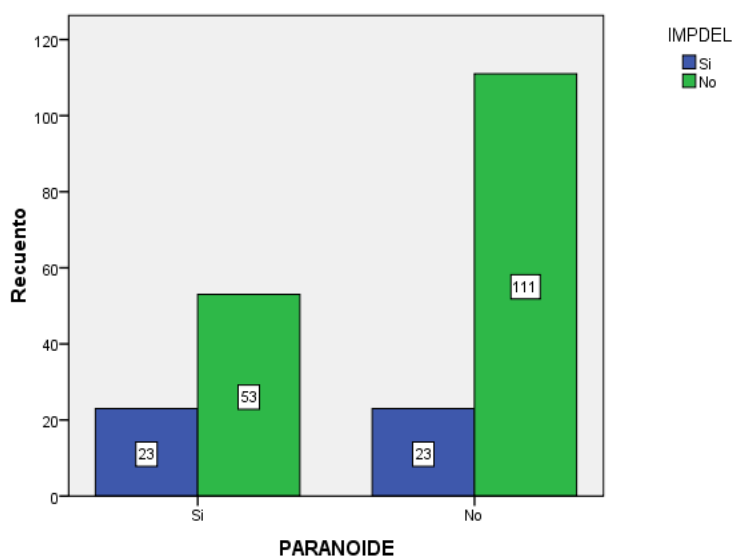
Tabla de contingencia PARANOIDE * IMPDEL			IMPDEL		
			Si	No	Total
PARANOIDE	Si	Recuento	23	53	76
		Frecuencia esperada	16,6	59,4	76
		% dentro de IMPDEL	50,00%	32,30%	36,20%
	No	Recuento	23	111	134
		Frecuencia esperada	29,4	104,6	134
		% dentro de IMPDEL	50,00%	67,70%	63,80%
Total	Recuento		46	164	210
	Frecuencia esperada		46	164	210
	% dentro de IMPDEL		100,00%	100,00%	100,00%

Tabla IV.3.23

Estimación de riesgo	Intervalo de confianza al 95%		
	Valor	Inferior	Superior
Razón de las ventajas para PARANOIDE (Si / No)	2,094	1,078	4,069
Para la cohorte IMPDEL = Si	1,763	1,064	2,921
Para la cohorte IMPDEL = No	0,842	0,712	0,995
N de casos válidos	210		

Tabla IV.3.24

Gráfico de barras



Las pacientes que puntúan positivo en el rasgo paranoide tienen una mayor probabilidad de puntuar positivamente en conciencia interoceptiva que las que no puntúan en ese rasgo ($\chi^2 = 13,211$, $p = 0,000$). Más específicamente, el riesgo de puntuar en conciencia interoceptiva en pacientes paranoides está comprendido entre 1,709 y 6,469 veces más que en el caso de las pacientes del grupo no paranoide (ver tabla IV.3.26 y gráfico).

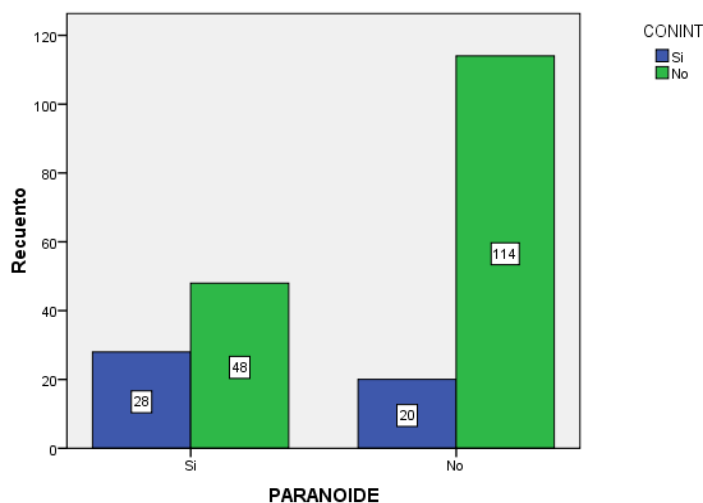
Tabla de contingencia PARANOIDE * CONINT			CONINT		
			Si	No	Total
PARANOIDE	Si	Recuento	28	48	76
		Frecuencia esperada	17,4	58,6	76
		% dentro de CONINT	58,30%	29,60%	36,20%
	No	Recuento	20	114	134
		Frecuencia esperada	30,6	103,4	134
		% dentro de CONINT	41,70%	70,40%	63,80%
Total		Recuento	48	162	210
		Frecuencia esperada	48	162	210
		% dentro de CONINT	100,00%	100,00%	100,00%

Tabla IV.3.25

Estimación de riesgo	Intervalo de confianza al 95%		
	Valor	Inferior	Superior
Razón de las ventajas para PARANOIDE (Si / No)	3,325	1,709	6,469
Para la cohorte CONINT = Si	2,468	1,497	4,07
Para la cohorte CONINT = No	0,742	0,617	0,894
N de casos válidos	210		

Tabla IV.3.26

Gráfico de barras



Las pacientes que puntúan positivo en el rasgo paranoide tienen una mayor probabilidad de puntuar positivamente en desconfianza interpersonal que las que no puntúan en ese rasgo ($\chi^2 = 19,481$, $p = 0,000$). Más específicamente, el riesgo de puntuar en desconfianza interpersonal en pacientes paranoides está comprendido entre 2,186 y 8,321 veces más que en el caso de las pacientes del grupo no paranoide (ver tabla IV.3.28 y gráfico).

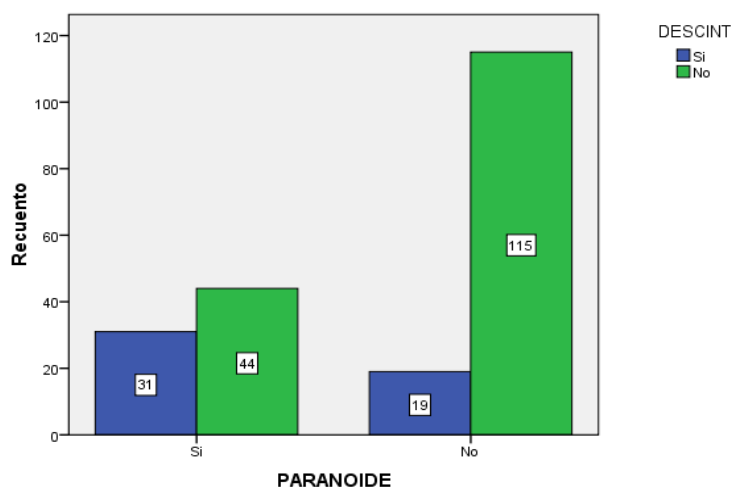
Tabla de contingencia PARANOIDE * DESCINT			DESCINT		
			Si	No	Total
PARANOIDE	Si	Recuento	31	44	75
		Frecuencia esperada	17,9	57,1	75
		% dentro de DESCINT	62,00%	27,70%	35,90%
	No	Recuento	19	115	134
		Frecuencia esperada	32,1	101,9	134
		% dentro de DESCINT	38,00%	72,30%	64,10%
Total		Recuento	50	159	209
		Frecuencia esperada	50	159	209
		% dentro de DESCINT	100,00%	100,00%	100,00%

Tabla IV.3.27

Estimación de riesgo	Intervalo de confianza al 95%		
	Valor	Inferior	Superior
Razón de las ventajas para PARANOIDE (Si / No)	4,264	2,186	8,321
Para la cohorte DESCINT = Si	2,915	1,775	4,788
Para la cohorte DESCINT = No	0,684	0,559	0,837
N de casos válidos	209		

Tabla IV.3.28

Gráfico de barras



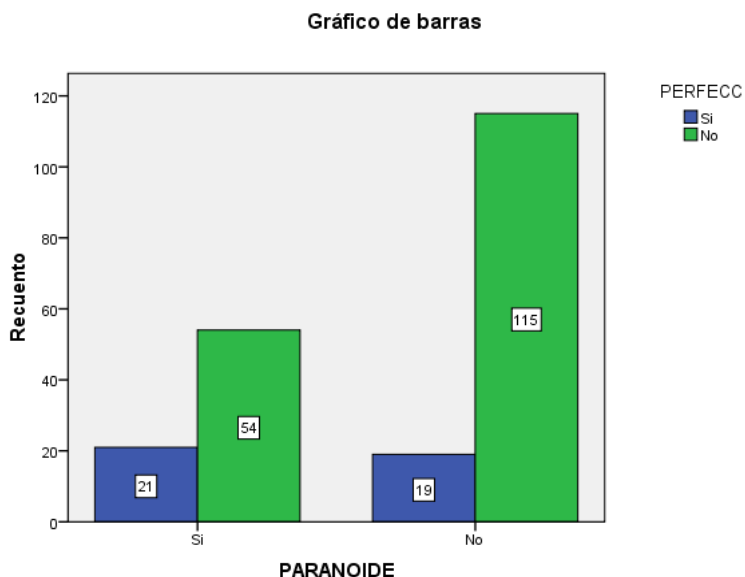
Las pacientes que puntúan positivo en el rasgo paranoide tienen una mayor probabilidad de puntuar positivamente en perfeccionismo que las que no puntúan en ese rasgo ($\chi^2 = 5,935$, $p = 0,015$). Más específicamente, el riesgo de puntuar en perfeccionismo en pacientes paranoides está comprendido entre 1,169 y 4,739 veces más que en el caso de las pacientes del grupo no paranoide (ver tabla IV.3.30 y gráfico).

Tabla de contingencia PARANOIDE * PERFECC			PERFECC		
			Si	No	Total
PARANOIDE	Si	Recuento	21	54	75
		Frecuencia esperada	14,4	60,6	75
		% dentro de PERFECC	52,50%	32,00%	35,90%
	No	Recuento	19	115	134
		Frecuencia esperada	25,6	108,4	134
		% dentro de PERFECC	47,50%	68,00%	64,10%
Total	Recuento		40	169	209
	Frecuencia esperada		40	169	209
	% dentro de PERFECC		100,00%	100,00%	100,00%

Tabla IV.3.29

Estimación de riesgo	Intervalo de confianza al 95%		
	Valor	Inferior	Superior
Razón de las ventajas para PARANOIDE (Si / No)	2,354	1,169	4,739
Para la cohorte PERFECC = Si	1,975	1,137	3,431
Para la cohorte PERFECC = No	0,839	0,717	0,982
N de casos válidos	209		

Tabla IV.3.30



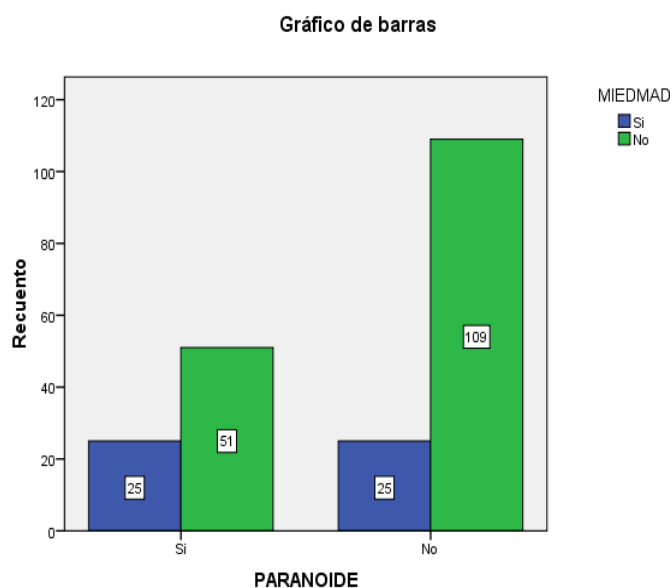
Las pacientes que puntúan positivo en el rasgo paranoide tienen una mayor probabilidad de puntuar positivamente en miedo a madurar que las que no puntúan en ese rasgo ($\chi^2 = 5,419$, $p = 0,020$). Más específicamente, el riesgo de puntuar en miedo a madurar en pacientes paranoides está comprendido entre 1,120 y 4,079 veces más que en el caso de las pacientes del grupo no paranoide (ver tabla IV.3.32 y gráfico).

Tabla de contingencia PARANOIDE * MIEDMAD			MIEDMAD		
			Si	No	Total
PARANOIDE	Si	Recuento	25	51	76
		Frecuencia esperada	18,1	57,9	76
		% dentro de MIEDMAD	50,00%	31,90%	36,20%
	No	Recuento	25	109	134
		Frecuencia esperada	31,9	102,1	134
		% dentro de MIEDMAD	50,00%	68,10%	63,80%
Total	Recuento		50	160	210
	Frecuencia esperada		50	160	210
	% dentro de MIEDMAD		100,00%	100,00%	100,00%

Tabla IV.3.31

Estimación de riesgo	Intervalo de confianza al 95%		
	Valor	Inferior	Superior
Razón de las ventajas para PARANOIDE (Si / No)	2,137	1,120	4,079
Para la cohorte MIEDMAD = Si	1,763	1,094	2,843
Para la cohorte MIEDMAD = No	0,825	0,691	0,985
N de casos válidos	210		

Tabla IV.3.32



ESQUIZOIDE

Las pacientes que puntúan positivo en el rasgo esquizoide tienen una mayor probabilidad de puntuar positivamente en el Test de actitudes ante la alimentación que las que no puntúan en ese rasgo ($\chi^2 = 5,704$, $p = 0,017$). Más específicamente, el riesgo de puntuar en el Test de actitudes ante la alimentación en pacientes esquizoides está comprendido entre 1,142 y 4,152 veces más que en el caso de las pacientes del grupo no esquizoide (ver tabla IV.3.34 y gráfico).

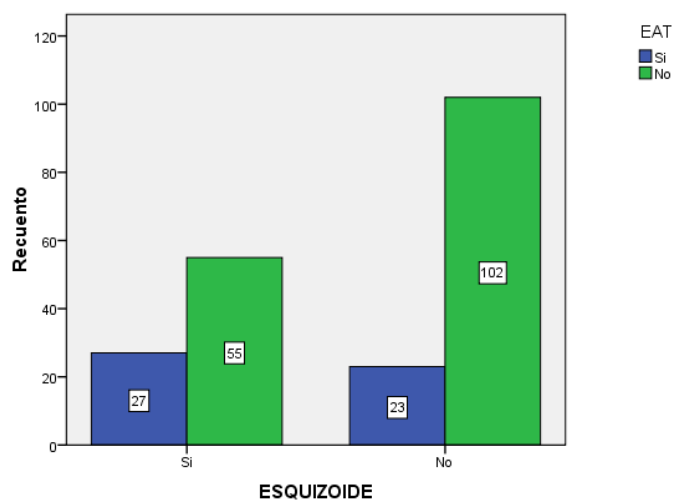
Tabla de contingencia ESQUIZOIDE * EAT			EAT		
			Si	No	Total
ESQUIZOIDE	Si	Recuento	27	55	82
		Frecuencia esperada	19,8	62,2	82
		% dentro de EAT	54,00%	35,00%	39,60%
	No	Recuento	23	102	125
		Frecuencia esperada	30,2	94,8	125
		% dentro de EAT	46,00%	65,00%	60,40%
Total		Recuento	50	157	207
		Frecuencia esperada	50	157	207
		% dentro de EAT	100,00%	100,00%	100,00%

Tabla IV.3.33

Estimación de riesgo	Intervalo de confianza al 95%		
	Valor	Inferior	Superior
Razón de las ventajas para esquizoide recodificado (Si / No)	2,177	1,142	4,152
Para la cohorte EAT= Si	1,79	1,106	2,896
Para la cohorte EAT= No	0,822	0,691	0,977
N de casos válidos	207		

Tabla IV.3.34

Gráfico de barras



Las pacientes que puntúan positivo en el rasgo esquizoide tienen una mayor probabilidad de puntuar positivamente en depresión que las que no puntúan en ese rasgo ($\chi^2 = 8,697$, $p = 0,003$). Más específicamente, el riesgo de puntuar en depresión en pacientes esquizoides está comprendido entre 1,376 y 5,258 veces más que en el caso de las pacientes del grupo no esquizoide (ver tabla IV.3.36 y gráfico).

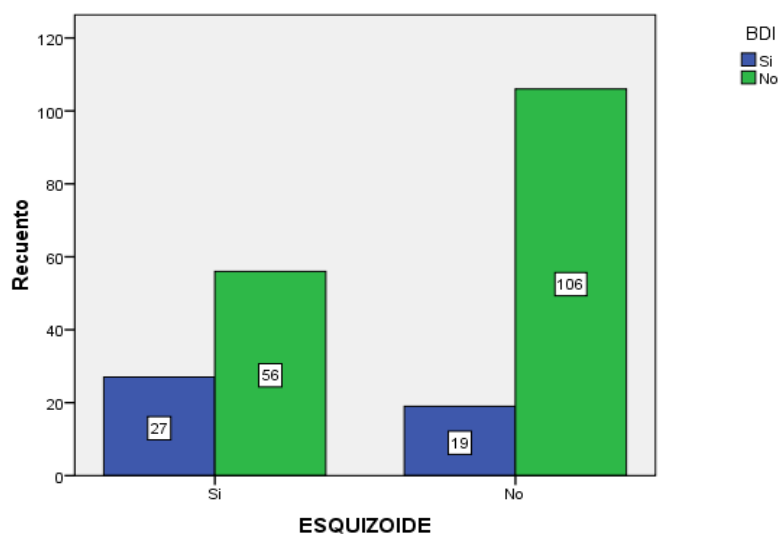
Tabla de contingencia ESQUIZOIDE * BDI			BDI		
			Si	No	Total
ESQUIZOIDE	Si	Recuento	27	56	83
		Frecuencia esperada	18,4	64,6	83
		% dentro de BDI	58,70%	34,60%	39,90%
	No	Recuento	19	106	125
		Frecuencia esperada	27,6	97,4	125
		% dentro de BDI	41,30%	65,40%	60,10%
Total	Recuento	46	162	208	
	Frecuencia esperada	46	162	208	
	% dentro de BDI	100,00%	100,00%	100,00%	

Tabla IV.3.35

Estimación de riesgo	Intervalo de confianza al 95%		
	Valor	Inferior	Superior
Razón de las ventajas para ESQUIZOIDE (Si /No)	2,69	1,376	5,258
Para la cohorte BDI = Si	2,14	1,276	3,59
Para la cohorte BDI = No	0,796	0,673	0,94
N de casos válidos	208		

Tabla IV.3.36

Gráfico de barras



Las pacientes que puntúan positivo en el rasgo esquizoide tienen una mayor probabilidad de puntuar positivamente en ansiedad como rasgo que las que no puntúan en ese rasgo ($\chi^2 = 6,158$, $p = 0,013$). Más específicamente, el riesgo de puntuar en ansiedad como rasgo en pacientes esquizoides está comprendido entre 1,181 y 4,503 veces más que en el caso de las pacientes del grupo no esquizoide (ver tabla IV.3.38 y gráfico).

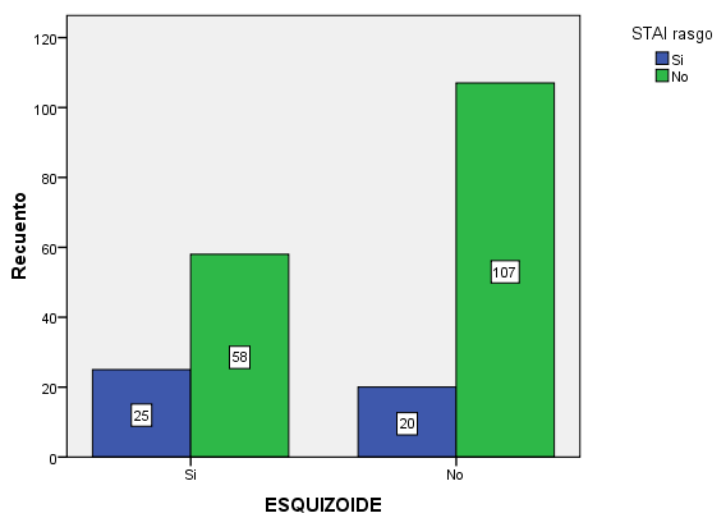
Tabla de contingencia ESQUIZOIDE * STAI rasgo			STAI rasgo		
			Si	No	Total
ESQUIZOIDE	Si	Recuento	25	58	83
		Frecuencia esperada	17,8	65,2	83
		% dentro de STAI rasgo	55,60%	35,20%	39,50%
	No	Recuento	20	107	127
		Frecuencia esperada	27,2	99,8	127
		% dentro de STAI rasgo	44,40%	64,80%	60,50%
Total	Recuento		45	165	210
	Frecuencia esperada		45	165	210
	% dentro de STAI rasgo		100,00%	100,00%	100,00%

Tabla IV.3.37

Estimación de riesgo	Intervalo de confianza al 95%		
	Valor	Inferior	Superior
Razón de las ventajas para ESQUIZOIDE (Si /No)	2,306	1,181	4,503
Para la cohorte STAI rasgo = Si	1,913	1,138	3,213
Para la cohorte STAI rasgo = No	0,829	0,707	0,973
N de casos válidos	210		

Tabla IV.3.38

Gráfico de barras



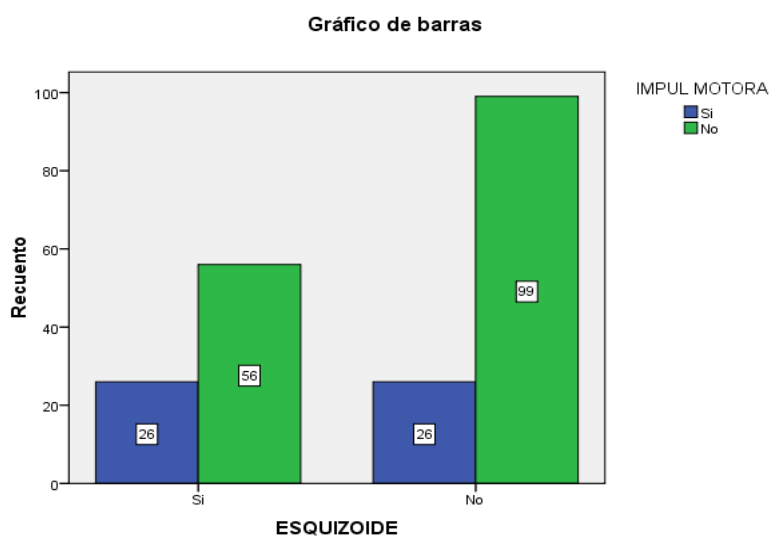
Las pacientes que puntúan positivo en el rasgo esquizoide tienen una mayor probabilidad de puntuar positivamente en Impulsividad Motora que las que no puntúan en ese rasgo ($\chi^2 = 3,132$, $p = 0,048$). Más específicamente, el riesgo de puntuar en Impulsividad motora en pacientes esquizoides está comprendido entre 0,937y3,335 veces más que en el caso de las pacientes del grupo no esquizoide(ver tabla IV.3.40 y gráfico).

Tabla de contingencia ESQUIZOIDE * IMPUL MOTORA			IMPUL MOTORA		
			Si	No	Total
ESQUIZOIDE	Si	Recuento	26	56	82
		Frecuencia esperada	20,6	61,4	82
		% dentro de IMPUL MOTORA	50,00%	36,10%	39,60%
	No	Recuento	26	99	125
		Frecuencia esperada	31,4	93,6	125
		% dentro de IMPUL MOTORA	50,00%	63,90%	60,40%
Total		Recuento	52	155	207
		Frecuencia esperada	52	155	207
		% dentro de IMPUL MOTORA	100,00%	100,00%	100,00%

Tabla IV.3.39

Estimación de riesgo	Intervalo de confianza al 95%		
	Valor	Inferior	Superior
Razón de las ventajas para ESQUIZOIDE (Si / No)	1,768	0,937	3,335
Para la cohorte IMPUL MOTORA = Si	1,524	0,956	2,431
Para la cohorte IMPUL MOTORA = No	0,862	0,726	1,025
N de casos válidos	207		

Tabla IV.3.40



Las pacientes que puntúan negativo en el rasgo esquizoide tienen una mayor probabilidad de puntuar positivamente en la fase acción que las que puntúan en ese rasgo ($\chi^2 = 8,375$, $p = 0,004$). Más específicamente, el riesgo de puntuar en la fase acción en pacientes no esquizoides está comprendido entre 1,087 y 1,467 veces más que en el caso de las pacientes del grupo esquizoide (ver tabla IV.3.42 y gráfico).

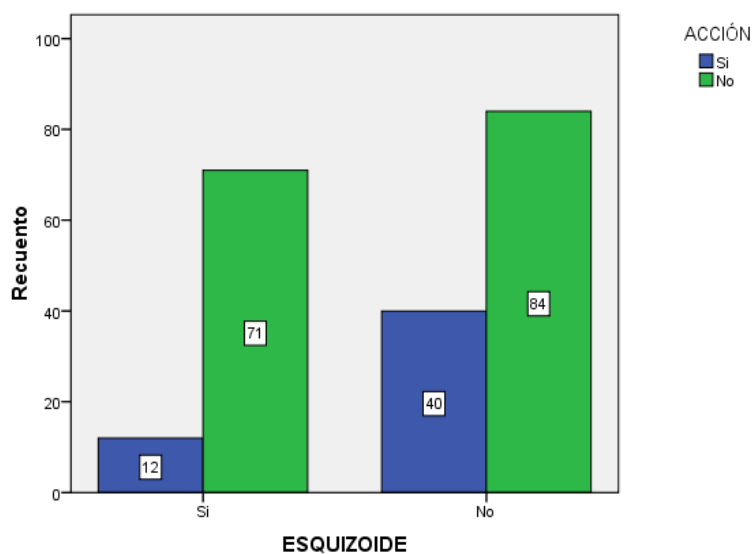
Tabla de contingencia ESQUIZOIDE * ACCIÓN			ACCIÓN		
			Si	No	Total
ESQUIZOIDE	Si	Recuento	12	71	83
		Frecuencia esperada	20,9	62,1	83
		% dentro de ACCIÓN	23,10%	45,80%	40,10%
	No	Recuento	40	84	124
		Frecuencia esperada	31,1	92,9	124
		% dentro de ACCIÓN	76,90%	54,20%	59,90%
Total		Recuento	52	155	207
		Frecuencia esperada	52	155	207
		% dentro de ACCIÓN	100,00%	100,00%	100,00%

Tabla IV.3.41

Estimación de riesgo	Intervalo de confianza al 95%		
	Valor	Inferior	Superior
Razón de las ventajas para ESQUIZOIDE (Si /No)	0,355	0,173	0,728
Para la cohorte ACCIÓN = Si	0,448	0,25	0,802
Para la cohorte ACCIÓN = No	1,263	1,087	1,467
N de casos válidos	207		

Tabla IV.3.42

Gráfico de barras



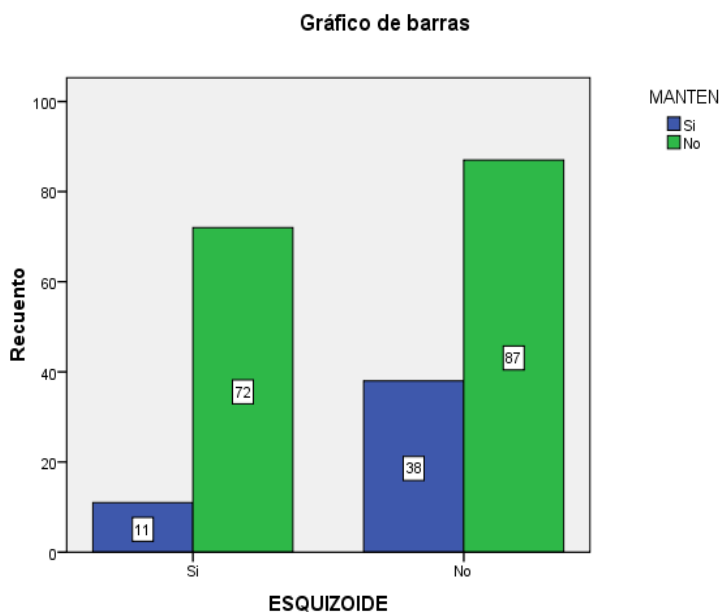
Las pacientes que puntúan negativo en el rasgo esquizoide tienen una mayor probabilidad de puntuar positivamente en la etapa de mantenimiento que las que puntúan en ese rasgo ($\chi^2 = 8,144$, $p = 0,004$). Más específicamente, el riesgo de puntuar en la etapa de mantenimiento en pacientes no esquizoides está comprendido entre 1,080 y 1,438 veces más que en el caso de las pacientes del grupo esquizoide (ver tabla IV.3.44 y gráfico).

Tabla de contingencia ESQUIZOIDE * MANTEN			MANTEN		
			Si	No	Total
ESQUIZOIDE	Si	Recuento	11	72	83
		Frecuencia esperada	19,6	63,4	83
		% dentro de MANTEN	22,40%	45,30%	39,90%
	No	Recuento	38	87	125
		Frecuencia esperada	29,4	95,6	125
		% dentro de MANTEN	77,60%	54,70%	60,10%
Total	Recuento		49	159	208
	Frecuencia esperada		49	159	208
	% dentro de MANTEN		100,00%	100,00%	100,00%

Tabla IV.3.43

Estimación de riesgo	Intervalo de confianza al 95%		
	Valor	Inferior	Superior
Razón de las ventajas para ESQUIZOIDE (Si / No)	0,35	0,167	0,733
Para la cohorte MANTEN = Si	0,436	0,237	0,803
Para la cohorte MANTEN = No	1,246	1,080	1,438
N de casos válidos	208		

Tabla IV.3.44



Las pacientes que puntúan positivo en el rasgo esquizoide tienen una mayor probabilidad de puntuar positivamente en la etapa recaída que las que no puntúan en ese rasgo ($\chi^2=6,110$, $p = 0,013$). Más específicamente, el riesgo de puntuar en la etapa recaída en pacientes esquizoides está comprendido entre 1,184 y 4,824 veces más que en el caso de las pacientes del grupo no esquizoide (ver tabla IV.3.46 y gráfico).

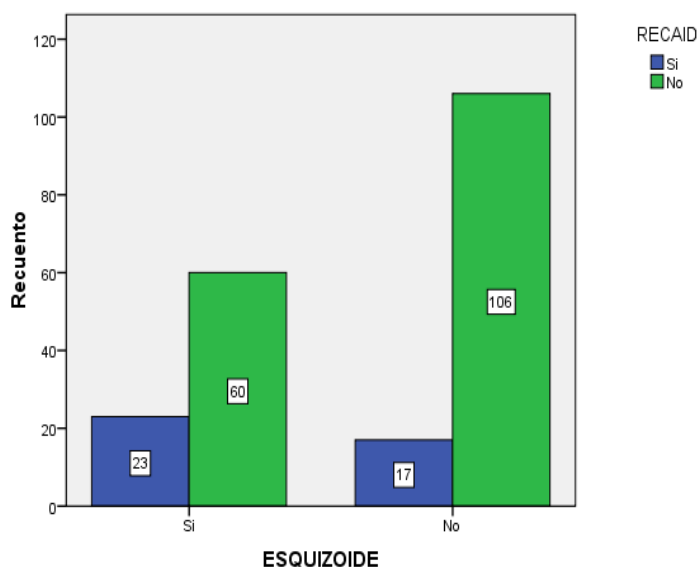
Tabla de contingencia ESQUIZOIDE * RECAID			RECAID		
			Si	No	Total
ESQUIZOIDE	Si	Recuento	23	60	83
		Frecuencia esperada	16,1	66,9	83
		% dentro de RECAID	57,50%	36,10%	40,30%
	No	Recuento	17	106	123
		Frecuencia esperada	23,9	99,1	123
		% dentro de RECAID	42,50%	63,90%	59,70%
Total		Recuento	40	166	206
		Frecuencia esperada	40	166	206
		% dentro de RECAID	100,00%	100,00%	100,00%

Tabla IV.3.45

Estimación de riesgo	Intervalo de confianza al 95%		
	Valor	Inferior	Superior
Razón de las ventajas para ESQUIZOIDE (Si / No)	2,39	1,184	4,824
Para la cohorte RECAID = Si	2,005	1,143	3,516
Para la cohorte RECAID = No	0,839	0,721	0,975
N de casos válidos	206		

Tabla IV.3.46

Gráfico de barras



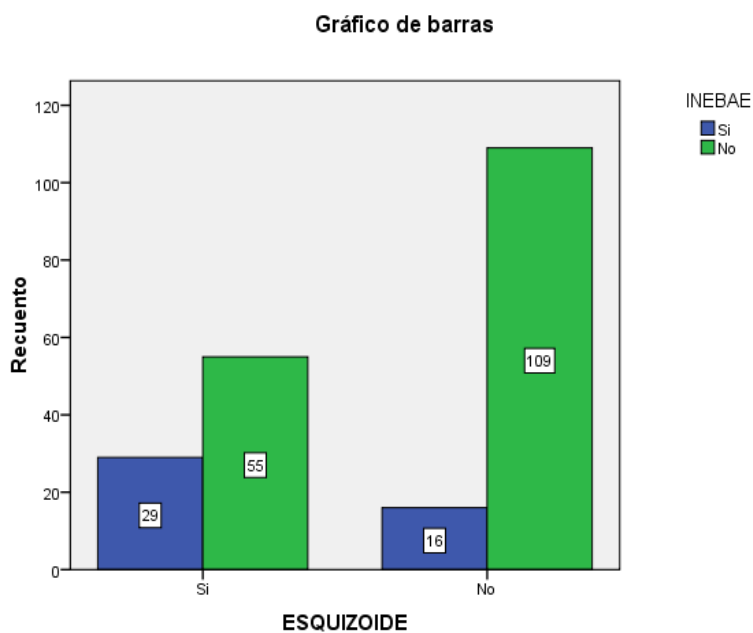
Las pacientes que puntúan positivo en el rasgo esquizoide tienen una mayor probabilidad de puntuar positivamente en ineffectividad y baja autoestima que las que no puntúan en ese rasgo ($\chi^2 = 14,033$, $p = 0,000$). Más específicamente, el riesgo de puntuar en ineffectividad y baja autoestima en pacientes esquizoides está comprendido entre 1,800 y 7,170 veces más que en el caso de las pacientes del grupo no esquizoide (ver tabla IV.3.48 y gráfico).

Tabla de contingencia ESQUIZOIDE * INEBAE			INEBAE		
			Si	No	Total
ESQUIZOIDE	Si	Recuento	29	55	84
		Frecuencia esperada	18,1	65,9	84
		% dentro de INEBAE	64,40%	33,50%	40,20%
	No	Recuento	16	109	125
		Frecuencia esperada	26,9	98,1	125
		% dentro de INEBAE	35,60%	66,50%	59,80%
Total	Recuento		45	164	209
	Frecuencia esperada		45	164	209
	% dentro de INEBAE		100,00%	100,00%	100,00%

Tabla IV.3.47

Estimación de riesgo	Intervalo de confianza al 95%		
	Valor	Inferior	Superior
Razón de las ventajas para ESQUIZOIDE (Si / No)	3,592	1,800	7,170
Para la cohorte INEBAE = Si	2,697	1,565	4,648
Para la cohorte INEBAE = No	0,751	0,634	0,889
N de casos válidos	209		

Tabla IV.3.48



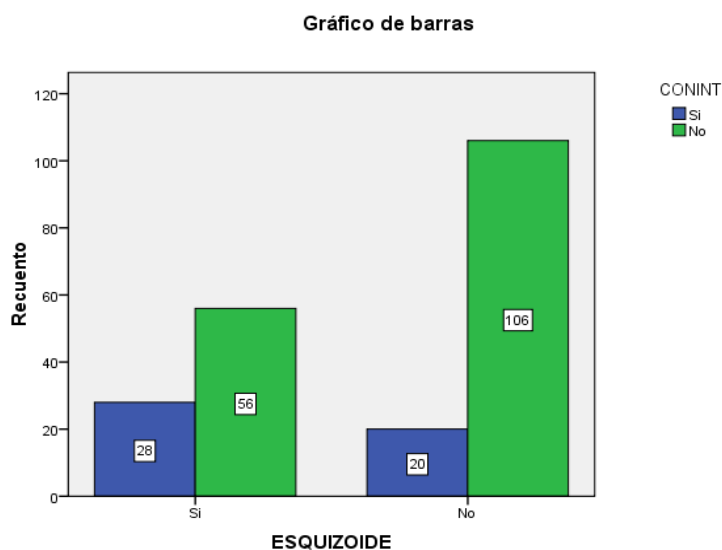
Las pacientes que puntúan positivo en el rasgo esquizoide tienen una mayor probabilidad de puntuar positivamente en conciencia interoceptiva que las que no puntúan en ese rasgo ($\chi^2=8,714$, $p = 0,003$). Más específicamente, el riesgo de puntuar en conciencia interoceptiva en pacientes esquizoides está comprendido entre 1,371 y 5,121 veces más que en el caso de las pacientes del grupo no esquizoide (ver tabla IV.3.50 y gráfico).

Tabla de contingencia ESQUIZOIDE * CONINT			CONINT		
			Si	No	Total
ESQUIZOIDE	Si	Recuento	28	56	84
		Frecuencia esperada	19,2	64,8	84
		% dentro de CONINT	58,30%	34,60%	40,00%
	No	Recuento	20	106	126
		Frecuencia esperada	28,8	97,2	126
		% dentro de CONINT	41,70%	65,40%	60,00%
Total		Recuento	48	162	210
		Frecuencia esperada	48	162	210
		% dentro de CONINT	100,00%	100,00%	100,00%

Tabla IV.3.49

Estimación de riesgo	Intervalo de confianza al 95%		
	Valor	Inferior	Superior
Razón de las ventajas para ESQUIZOIDE (Si / No)	2,65	1,371	5,121
Para la cohorte CONINT = Si	2,1	1,27	3,473
Para la cohorte CONINT = No	0,792	0,669	0,939
N de casos válidos	210		

Tabla IV.3.50



Las pacientes que puntúan positivo en el rasgo esquizoide tienen una mayor probabilidad de puntuar positivamente en desconfianza interpersonal que las que no puntúan en ese rasgo ($\chi^2 = 27,664$, $p = 0,000$). Más específicamente, el riesgo de puntuar en desconfianza interpersonal en pacientes esquizoides está comprendido entre 2,941 y 12,024 veces más que en el caso de las pacientes del grupo no esquizoide (ver tabla IV.3.52 y gráfico).

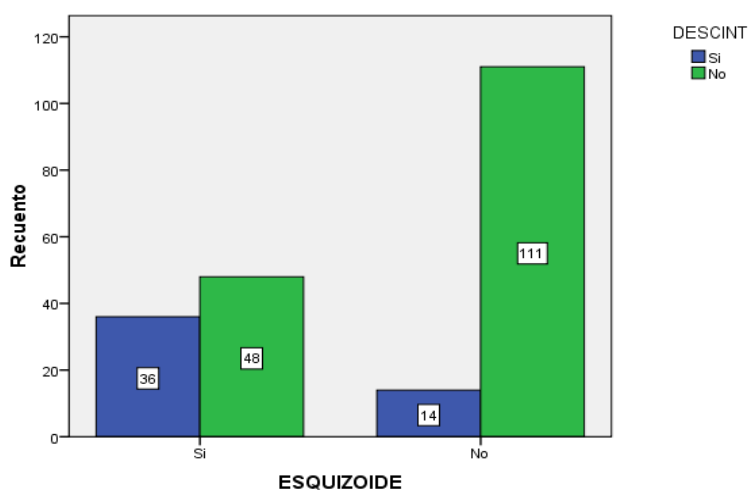
Tabla de contingencia ESQUIZOIDE * DESCINT			DESCINT		
			Si	No	Total
ESQUIZOIDE	Si	Recuento	36	48	84
		Frecuencia esperada	20,1	63,9	84
		% dentro de DESCINT	72,00%	30,20%	40,20%
	No	Recuento	14	111	125
		Frecuencia esperada	29,9	95,1	125
		% dentro de DESCINT	28,00%	69,80%	59,80%
Total		Recuento	50	159	209
		Frecuencia esperada	50	159	209
		% dentro de DESCINT	100,00%	100,00%	100,00%

Tabla IV.3.51

Estimación de riesgo	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para ESQUIZOIDE (Si / No)	5,946	2,941	12,024
Para la cohorte DESCINT = Si	3,827	2,203	6,645
Para la cohorte DESCINT = No	0,644	0,529	0,782
N de casos válidos	209		

Tabla IV.3.52

Gráfico de barras



ESQUIZOTÍPICO

Las pacientes que puntúan positivo en el rasgo esquizotípico tienen una mayor probabilidad de puntuar positivamente en el Test de actitudes ante la alimentación que las que no puntúan en ese rasgo ($\chi^2 = 8,120$, $p = 0,004$). Más específicamente, el riesgo de puntuar en el Test de actitudes ante la alimentación en pacientes esquizotípicos está comprendido entre 1,345 y 5,442 veces más que en el caso de las pacientes del grupo no esquizotípico (ver tabla IV.3.54 y gráfico).

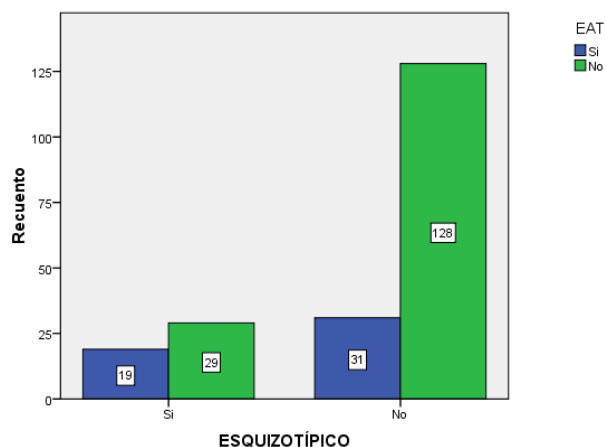
Tabla de contingencia ESQUIZOTÍPICO * EAT			EAT		
			Si	No	Total
ESQUIZOTÍPICO	Si	Recuento	19	29	48
		Frecuencia esperada	11,6	36,4	48
		% dentro de EAT	38,00%	18,50%	23,20%
	No	Recuento	31	128	159
		Frecuencia esperada	38,4	120,6	159
		% dentro de EAT	62,00%	81,50%	76,80%
Total	Recuento		50	157	207
	Frecuencia esperada		50	157	207
	% dentro de EAT		100,00%	100,00%	100,00%

Tabla IV.3.53

Estimación de riesgo	Intervalo de confianza al 95%		
	Valor	Inferior	Superior
Razón de las ventajas para esquizotípico (Si / No)	2,705	1,345	5,442
Para la cohorte EAT = Si	2,03	1,268	3,252
Para la cohorte EAT= No	0,75	0,59	0,955
N de casos válidos	207		

Tabla IV.3.54

Gráfico de barras



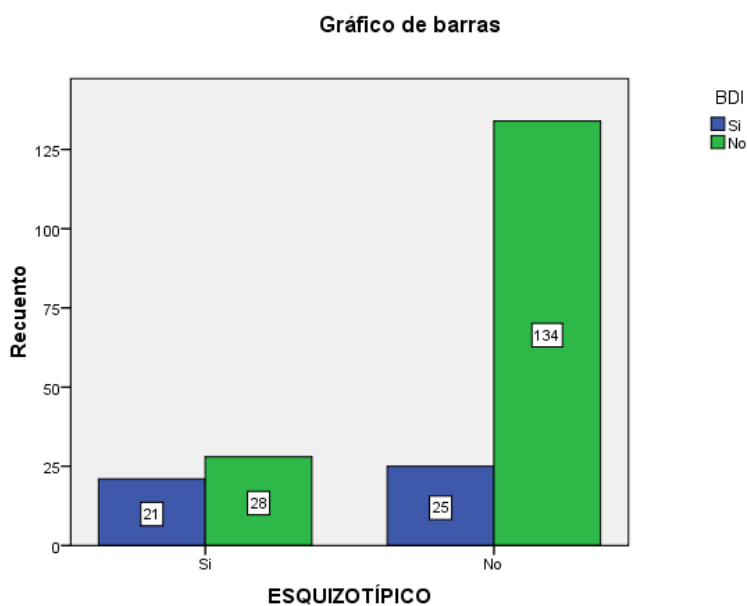
Las pacientes que puntúan positivo en el rasgo esquizotípico tienen una mayor probabilidad de puntuar positivamente en depresión que las que no puntúan en ese rasgo ($\chi^2 = 16,011$, $p = 0,000$). Más específicamente, el riesgo de puntuar en depresión en pacientes esquizotípicos está comprendido entre 1,979 y 8,167 veces más que en el caso de las pacientes del grupo no esquizotípico (ver tabla IV.3.56 y gráfico).

Tabla de contingencia ESQUIZOTÍPICO * BDI			BDI		
			Si	No	Total
ESQUIZOTÍPICO	Si	Recuento	21	28	49
		Frecuencia esperada	10,8	38,2	49
		% dentro de BDI	45,70%	17,30%	23,60%
	No	Recuento	25	134	159
		Frecuencia esperada	35,2	123,8	159
		% dentro de BDI	54,30%	82,70%	76,40%
Total		Recuento	46	162	208
		Frecuencia esperada	46	162	208
		% dentro de BDI	100,00%	100,00%	100,00%

Tabla IV.3.55

Estimación de riesgo	Intervalo de confianza al 95%		
	Valor	Inferior	Superior
Razón de las ventajas para ESQUIZOTÍPICO (Si / No)	4,02	1,979	8,167
Para la cohorte BDI = Si	2,726	1,68	4,422
Para la cohorte BDI = No	0,678	0,527	0,872
N de casos válidos	208		

Tabla IV.3.56



Las pacientes que puntúan positivo en el rasgo esquizotípico tienen una mayor probabilidad de puntuar positivamente en impulsividad total que las que no puntúan en ese rasgo ($\chi^2 = 7,572$, $p = 0,006$). Más específicamente, el riesgo de puntuar en impulsividad total en pacientes esquizotípicos está comprendido entre 1,301 y 5,244 veces más que en el caso de las pacientes del grupo no esquizotípico (ver tabla IV.3.58 y gráfico).

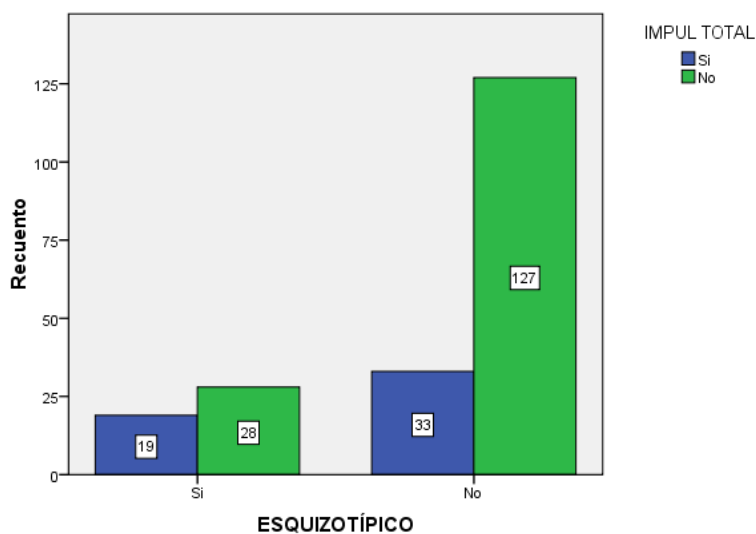
Tabla de contingencia ESQUIZOTÍPICO * IMPUL TOTAL			IMPUL TOTAL		
			Si	No	Total
ESQUIZOTÍPICO	Si	Recuento	19	28	47
		Frecuencia esperada	11,8	35,2	47
		% dentro de IMPUL TOTAL	36,50%	18,10%	22,70%
	No	Recuento	33	127	160
		Frecuencia esperada	40,2	119,8	160
		% dentro de IMPUL TOTAL	63,50%	81,90%	77,30%
Total		Recuento	52	155	207
		Frecuencia esperada	52	155	207
		% dentro de IMPUL TOTAL	100,00%	100,00%	100,00%

Tabla IV.3.57

Estimación de riesgo	Intervalo de confianza al 95%		
	Valor	Inferior	Superior
Razón de las ventajas para ESQUIZOTÍPICO (Si / No)	2,611	1,301	5,244
Para la cohorte IMPUL TOTAL = Si	1,96	1,236	3,109
Para la cohorte IMPUL TOTAL = No	0,751	0,585	0,962
N de casos válidos	207		

Tabla IV.3.58

Gráfico de barras



Las pacientes que puntúan positivo en el rasgo esquizotípico tienen una mayor probabilidad de puntuar positivamente en impulsividad cognitiva que las que no puntúan en ese rasgo ($\chi^2=5,410$, $p = 0,020$). Más específicamente, el riesgo de puntuar en impulsividad cognitiva en pacientes esquizotípicos está comprendido entre 1,129 y 4,814 veces más que en el caso de las pacientes del grupo no esquizotípico (ver tabla IV.3.60 y gráfico).

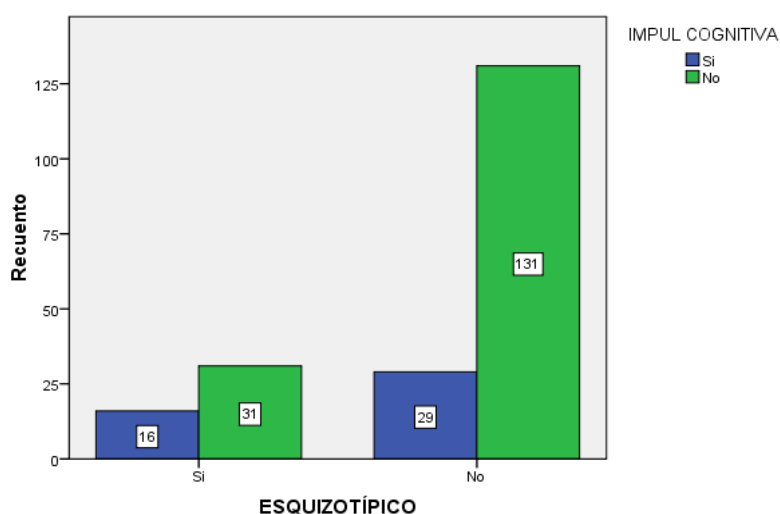
Tabla de contingencia ESQUIZOTÍPICO * IMPUL COGNITIVA			IMPUL COGNITIVA		
			Si	No	Total
ESQUIZOTÍPICO	Si	Recuento	16	31	47
		Frecuencia esperada	10,2	36,8	47
		% dentro de IMPUL COGNITIVA	35,60%	19,10%	22,70%
ESQUIZOTÍPICO	No	Recuento	29	131	160
		Frecuencia esperada	34,8	125,2	160
		% dentro de IMPUL COGNITIVA	64,40%	80,90%	77,30%
Total		Recuento	45	162	207
		Frecuencia esperada	45	162	207
		% dentro de IMPUL COGNITIVA	100,00%	100,00%	100,00%

Tabla IV.3.59

Estimación de riesgo	Intervalo de confianza al 95%		
	Valor	Inferior	Superior
Razón de las ventajas para ESQUIZOTÍPICO (Si / No)	2,331	1,129	4,814
Para la cohorte IMPUL COGNITIVA = Si	1,878	1,121	3,148
Para la cohorte IMPUL COGNITIVA = No	0,806	0,648	1,002
N de casos válidos	207		

Tabla IV.3.60

Gráfico de barras



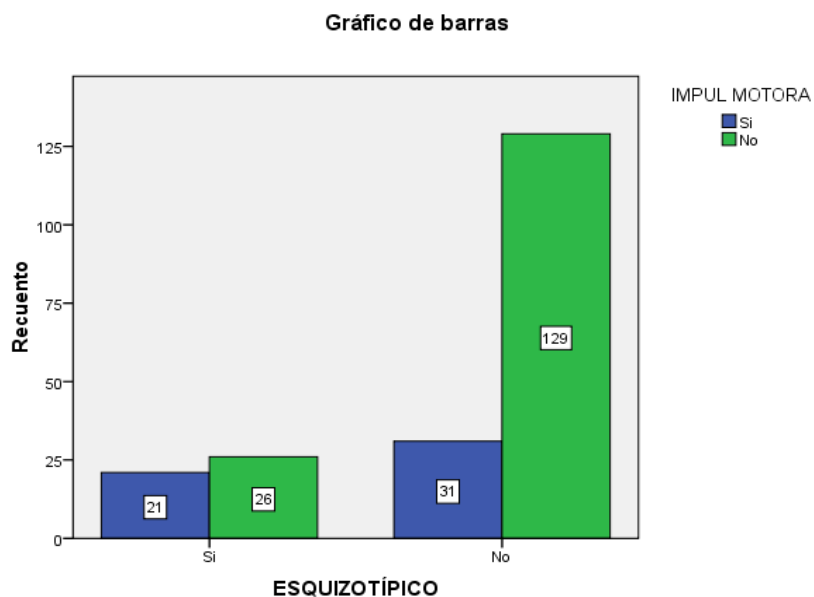
Las pacientes que puntúan positivo en el rasgo esquizotípico tienen una mayor probabilidad de puntuar positivamente en Impulsividad Motora que las que no puntúan en ese rasgo ($\chi^2 = 12,368$, $p = 0,000$). Más específicamente, el riesgo de puntuar en Impulsividad motora en pacientes esquizotípicos está comprendido entre 1,676 y 6,741 veces más que en el caso de las pacientes del grupo no esquizotípico(ver tabla IV.3.62 y gráfico).

Tabla de contingencia ESQUIZOTÍPICO * IMPUL MOTORA			IMPUL MOTORA		
			Si	No	Total
ESQUIZOTÍPICO	Si	Recuento	21	26	47
		Frecuencia esperada	11,8	35,2	47
		% dentro de IMPUL MOTORA	40,40%	16,80%	22,70%
	No	Recuento	31	129	160
		Frecuencia esperada	40,2	119,8	160
		% dentro de IMPUL MOTORA	59,60%	83,20%	77,30%
Total		Recuento	52	155	207
		Frecuencia esperada	52	155	207
		% dentro de IMPUL MOTORA	100,00%	100,00%	100,00%

Tabla IV.3.61

Estimación de riesgo	Intervalo de confianza al 95%		
	Valor	Inferior	Superior
Razón de las ventajas para ESQUIZOTÍPICO (Si / No)	3,361	1,676	6,741
Para la cohorte IMPUL MOTORA = Si	2,306	1,473	3,611
Para la cohorte IMPUL MOTORA = No	0,686	0,525	0,897
N de casos válidos	207		

Tabla IV.3.62



Las pacientes que puntúan positivo en el rasgo esquizotípico tienen una mayor probabilidad de puntuar positivamente en perfeccionismo que las que no puntúan en ese rasgo ($\chi^2 = 4,049$, $p = 0,044$). Más específicamente, el riesgo de puntuar en perfeccionismo en pacientes esquizotípicos está comprendido entre 1,009 y 4,529 veces más que en el caso de las pacientes del grupo no esquizotípico (ver tabla IV.3 64 y gráfico).

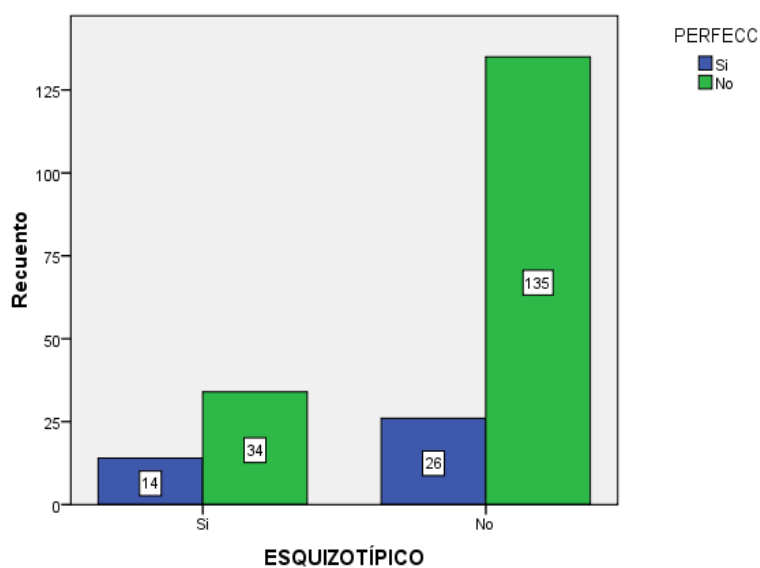
Tabla de contingencia ESQUIZOTÍPICO * PERFECC			PERFECC		
			Si	No	Total
ESQUIZOTÍPICO	Si	Recuento	14	34	48
		Frecuencia esperada	9,2	38,8	48
		% dentro de PERFECC	35,00%	20,10%	23,00%
	No	Recuento	26	135	161
		Frecuencia esperada	30,8	130,2	161
		% dentro de PERFECC	65,00%	79,90%	77,00%
Total	Recuento		40	169	209
	Frecuencia esperada		40	169	209
	% dentro de PERFECC		100,00%	100,00%	100,00%

Tabla IV.3.63

Estimación de riesgo	Intervalo de confianza al 95%		
	Valor	Inferior	Superior
Razón de las ventajas para ESQUIZOTÍPICO (Si / No)	2,138	1,009	4,529
Para la cohorte PERFECC = Si	1,806	1,027	3,175
Para la cohorte PERFECC = No	0,845	0,696	1,025
N de casos válidos	209		

Tabla IV.3.64

Gráfico de barras



Las pacientes que puntúan positivo en el rasgo esquizotípico tienen una mayor probabilidad de puntuar positivamente en la etapa precontemplativa que las que no puntúan en ese rasgo ($\chi^2 = 13,278$, $p = 0,000$). Más específicamente, el riesgo de puntuar en la etapa precontemplativa en pacientes esquizotípicos está comprendido entre 1,748 y 7,060 veces más que en el caso de las pacientes del grupo no esquizotípico(ver tabla IV.3.66 y gráfico).

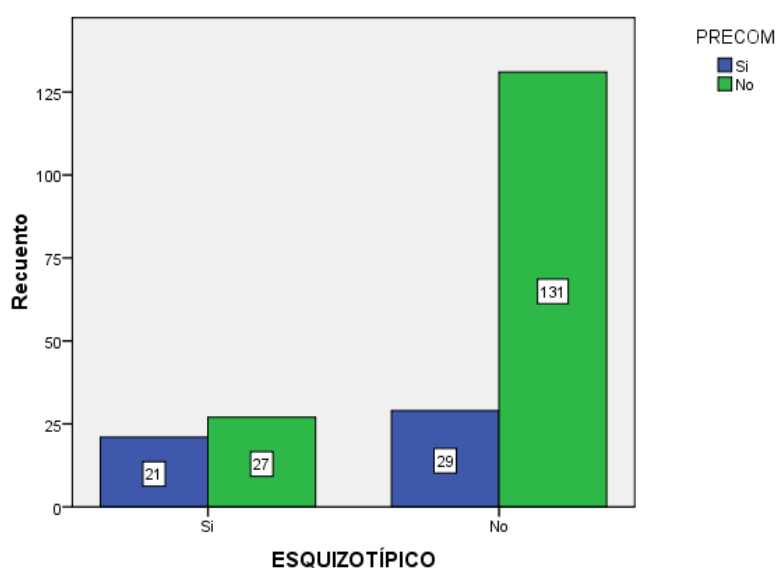
Tabla de contingencia ESQUIZOTÍPICO * PRECON			PRECON		
			Si	No	Total
ESQUIZOTÍPICO	Si	Recuento	21	27	48
		Frecuencia esperada	11,5	36,5	48
		% dentro de PRECON	42,00%	17,10%	23,10%
	No	Recuento	29	131	160
		Frecuencia esperada	38,5	121,5	160
		% dentro de PRECON	58,00%	82,90%	76,90%
Total	Recuento	50	158	208	
	Frecuencia esperada	50	158	208	
	% dentro de PRECON	100,00%	100,00%	100,00%	

Tabla IV.3.65

Estimación de riesgo	Intervalo de confianza al 95%		
	Valor	Inferior	Superior
Razón de las ventajas para ESQUIZOTÍPICO (Si / No)	3,513	1,748	7,060
Para la cohorte PRECON = Si	2,414	1,524	3,823
Para la cohorte PRECON = No	0,687	0,53	0,891
N de casos válidos	208		

Tabla IV.3.66

Gráfico de barras



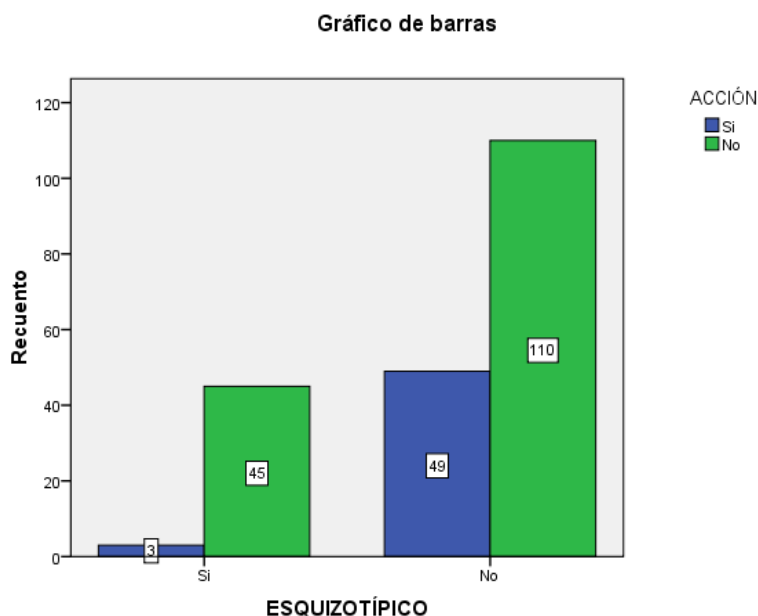
Las pacientes que puntúan negativo en el rasgo esquizotípico tienen una mayor probabilidad de puntuar positivamente en la etapa de acción que las que puntúan en ese rasgo ($\chi^2=11,830$, $p = 0,001$). Más específicamente, el riesgo de puntuar en la etapa de acción en pacientes no esquizotípicos está comprendido entre 1,194 y 1,538 veces más que en el caso de las pacientes del grupo esquizotípico(ver tabla IV.3.67 y gráfico).

Tabla de contingencia ESQUIZOTÍPICO * ACCIÓN			ACCIÓN		
			Si	No	Total
ESQUIZOTÍPICO	Si	Recuento	3	45	48
		Frecuencia esperada	12,1	35,9	48
		% dentro de ACCIÓN	5,80%	29,00%	23,20%
	No	Recuento	49	110	159
		Frecuencia esperada	39,9	119,1	159
		% dentro de ACCIÓN	94,20%	71,00%	76,80%
Total	Recuento		52	155	207
	Frecuencia esperada		52	155	207
	% dentro de ACCIÓN		100,00%	100,00%	100,00%

Tabla IV.3.67

Estimación de riesgo	Intervalo de confianza al 95%		
	Valor	Inferior	Superior
Razón de las ventajas para ESQUIZOTÍPICO (Si /No)	0,15	0,044	0,505
Para la cohorte ACCIÓN = Si	0,203	0,066	0,622
Para la cohorte ACCIÓN = No	1,355	1,194	1,538
N de casos válidos	207		

Tabla IV.3.68



Las pacientes que puntúan positivo en el rasgo esquizotípico tienen una mayor probabilidad de puntuar positivamente en ineffectividad y baja autoestima que las que

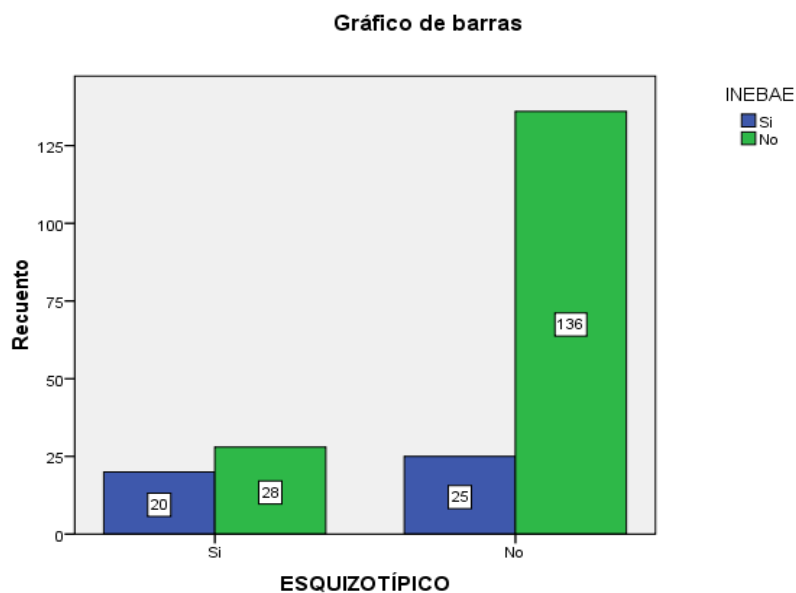
no puntúan en ese rasgo ($\chi^2 = 14,953$, $p = 0,000$). Más específicamente, el riesgo de puntuar en ineffectividad y baja autoestima en pacientes esquizotípicos está comprendido entre 1,901 y 7,943 veces más que en el caso de las pacientes del grupo no esquizotípico (ver tabla IV.3.70 y gráfico).

Tabla de contingencia ESQUIZOTÍPICO * INEBAE			INEBAE		
			Si	No	Total
ESQUIZOTÍPICO	Si	Recuento	20	28	48
		Frecuencia esperada	10,3	37,7	48
		% dentro de INEBAE	44,40%	17,10%	23,00%
	No	Recuento	25	136	161
		Frecuencia esperada	34,7	126,3	161
		% dentro de INEBAE	55,60%	82,90%	77,00%
Total		Recuento	45	164	209
		Frecuencia esperada	45	164	209
		% dentro de INEBAE	100,00%	100,00%	100,00%

Tabla IV.3.69

Estimación de riesgo	Intervalo de confianza al 95%		
	Valor	Inferior	Superior
Razón de las ventajas para ESQUIZOTÍPICO (Si / No)	3,886	1,901	7,943
Para la cohorte INEBAE = Si	2,683	1,641	4,388
Para la cohorte INEBAE = No	0,691	0,539	0,885
N de casos válidos	209		

Tabla IV.3.70



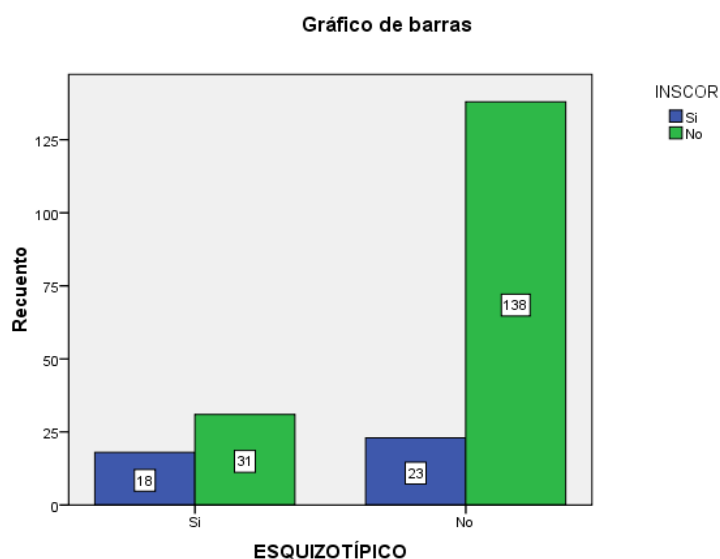
Las pacientes que puntúan positivo en el rasgo esquizotípico tienen una mayor probabilidad de puntuar positivamente en insatisfacción corporal que las que no puntúan en ese rasgo ($\chi^2 = 12,049$, $p = 0,001$). Más específicamente, el riesgo de puntuar en insatisfacción corporal en pacientes esquizotípicos está comprendido entre 1,680 y 7,226 veces más que en el caso de las pacientes del grupo no esquizotípico (ver tabla IV.3.72 y gráfico).

Tabla de contingencia ESQUIZOTÍPICO * INSCOR			INSCOR		
			Si	No	Total
ESQUIZOTÍPICO	Si	Recuento	18	31	49
		Frecuencia esperada	9,6	39,4	49
		% dentro de INSCOR	43,90%	18,30%	23,30%
	No	Recuento	23	138	161
		Frecuencia esperada	31,4	129,6	161
		% dentro de INSCOR	56,10%	81,70%	76,70%
Total	Recuento	41	169	210	
	Frecuencia esperada	41	169	210	
	% dentro de INSCOR	100,00%	100,00%	100,00%	

Tabla IV.3.71

Estimación de riesgo	Intervalo de confianza al 95%		
	Valor	Inferior	Superior
Razón de las ventajas para ESQUIZOTÍPICO (Si / No)	3,484	1,680	7,226
Para la cohorte INSCOR = Si	2,571	1,517	4,357
Para la cohorte INSCOR = No	0,738	0,591	0,922
N de casos válidos	210		

Tabla IV.3.72



Las pacientes que puntúan positivo en el rasgo esquizotípico tienen una mayor probabilidad de puntuar positivamente en conciencia interoceptiva que las que no puntúan en ese rasgo ($\chi^2=9,185$, $p = 0,002$). Más específicamente, el riesgo de puntuar en conciencia interoceptiva en pacientes esquizotípicos está comprendido entre 1,430 y 5,813 veces más que en el caso de las pacientes del grupo no esquizotípico(ver tabla IV.3.74 y gráfico).

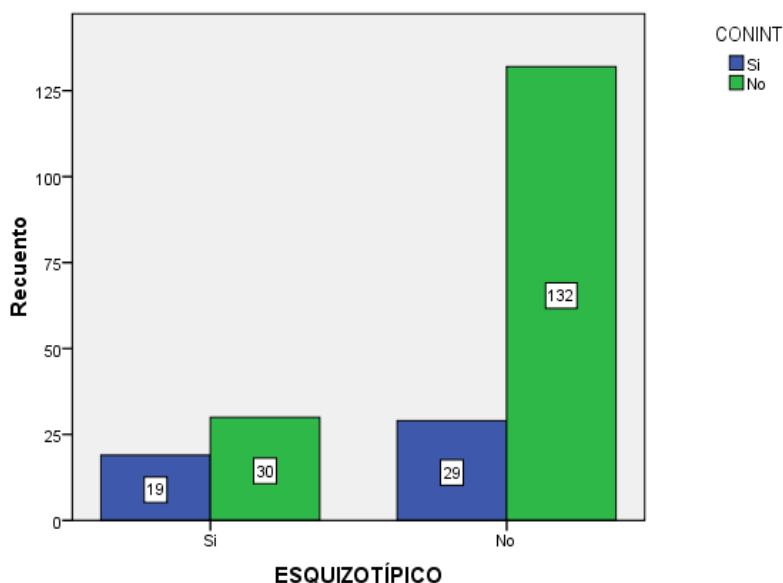
Tabla de contingencia ESQUIZOTÍPICO * CONINT			CONINT		
			Si	No	Total
ESQUIZOTÍPICO	Si	Recuento	19	30	49
		Frecuencia esperada	11,2	37,8	49
		% dentro de CONINT	39,60%	18,50%	23,30%
	No	Recuento	29	132	161
		Frecuencia esperada	36,8	124,2	161
		% dentro de CONINT	60,40%	81,50%	76,70%
Total		Recuento	48	162	210
		Frecuencia esperada	48	162	210
		% dentro de CONINT	100,00%	100,00%	100,00%

Tabla IV.3.73

Estimación de riesgo	Intervalo de confianza al 95%		
	Valor	Inferior	Superior
Razón de las ventajas para ESQUIZOTÍPICO (Si / No)	2,883	1,430	5,813
Para la cohorte CONINT = Si	2,153	1,329	3,486
Para la cohorte CONINT = No	0,747	0,591	0,944
N de casos válidos	210		

Tabla IV.3.74

Gráfico de barras



Las pacientes que puntúan positivo en el rasgo esquizotípico tienen una mayor probabilidad de puntuar positivamente en desconfianza interpersonal que las que no puntúan en ese rasgo ($\chi^2 = 35,777$, $p = 0,000$). Más específicamente, el riesgo de puntuar en desconfianza interpersonal en pacientes esquizotípicos está comprendido entre 3,751 y 15,867 veces más que en el caso de las pacientes del grupo no esquizotípico (ver tabla IV.3.76 y gráfico).

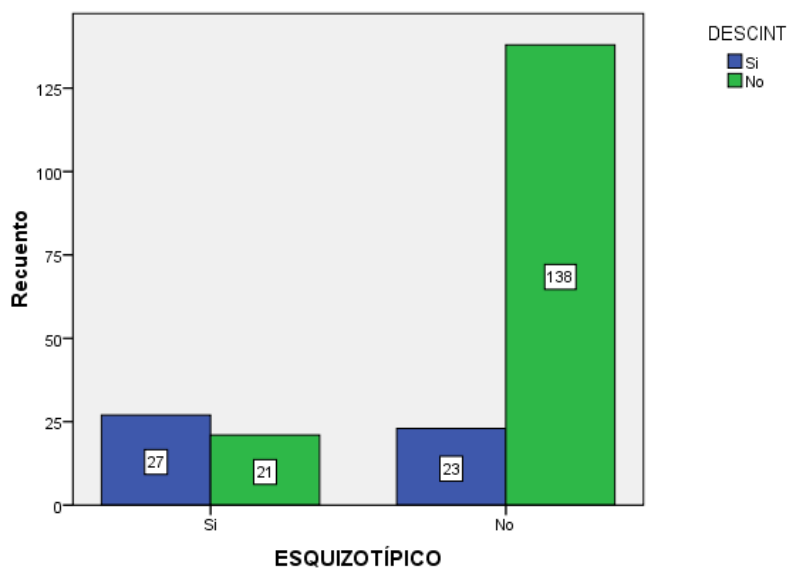
Tabla de contingencia ESQUIZOTÍPICO * DESCINT			DESCINT		
			Si	No	Total
ESQUIZOTÍPICO	Si	Recuento	27	21	48
		Frecuencia esperada	11,5	36,5	48
		% dentro de DESCINT	54,00%	13,20%	23,00%
	No	Recuento	23	138	161
		Frecuencia esperada	38,5	122,5	161
		% dentro de DESCINT	46,00%	86,80%	77,00%
Total	Recuento		50	159	209
	Frecuencia esperada		50	159	209
	% dentro de DESCINT		100,00%	100,00%	100,00%

Tabla IV.3.75

Estimación de riesgo	Intervalo de confianza al 95%		
	Valor	Inferior	Superior
Razón de las ventajas para ESQUIZOTÍPICO (Si / No)	7,714	3,751	15,867
Para la cohorte DESCINT = Si	3,938	2,503	6,195
Para la cohorte DESCINT = No	0,51	0,368	0,708
N de casos válidos	209		

Tabla IV.3.76

Gráfico de barras



HISTRIÓNICO

Las pacientes que puntúan positivo en el rasgo histriónico tienen una mayor probabilidad de puntuar positivamente en impulsividad total que las que no puntúan en ese rasgo ($\chi^2 = 8,951$, $p = 0,003$). Más específicamente, el riesgo de puntuar en impulsividad total en pacientes histriónicos está comprendido entre 1,380 y 4,989 veces más que en el caso de las pacientes del grupo no histriónico (ver tabla IV.3.78 y gráfico).

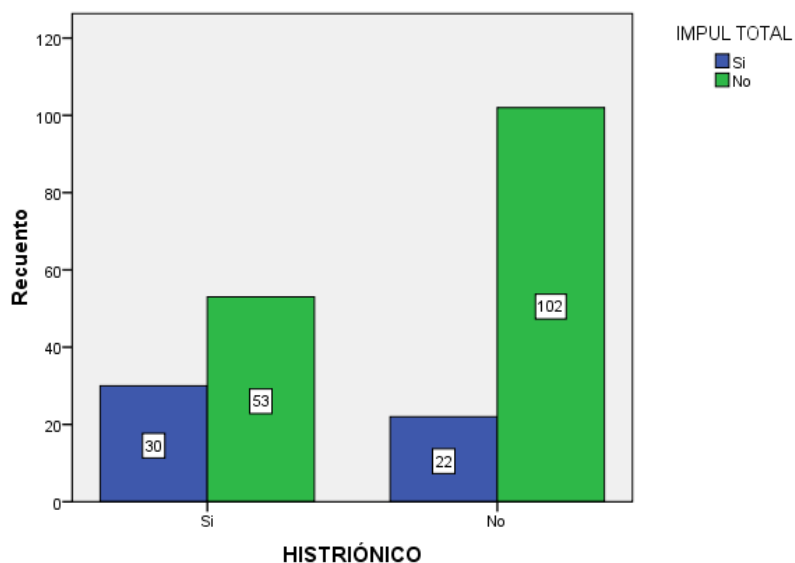
Tabla de contingencia HISTRIÓNICO * IMPUL TOTAL			IMPUL TOTAL		
			Si	No	Total
HISTRIÓNICO	Si	Recuento	30	53	83
		Frecuencia esperada	20,9	62,1	83
		% dentro de IMPUL TOTAL	57,70%	34,20%	40,10%
	No	Recuento	22	102	124
		Frecuencia esperada	31,1	92,9	124
		% dentro de IMPUL TOTAL	42,30%	65,80%	59,90%
Total	Recuento	52	155	207	
	Frecuencia esperada	52	155	207	
	% dentro de IMPUL TOTAL	100,00%	100,00%	100,00%	

Tabla IV.3.77

Estimación de riesgo	Intervalo de confianza al 95%		
	Valor	Inferior	Superior
Razón de las ventajas para HISTRIÓNICO (Si / No)	2,624	1,380	4,989
Para la cohorte IMPUL TOTAL = Si	2,037	1,267	3,275
Para la cohorte IMPUL TOTAL = No	0,776	0,648	0,931
N de casos válidos	207		

Tabla IV.3.78

Gráfico de barras



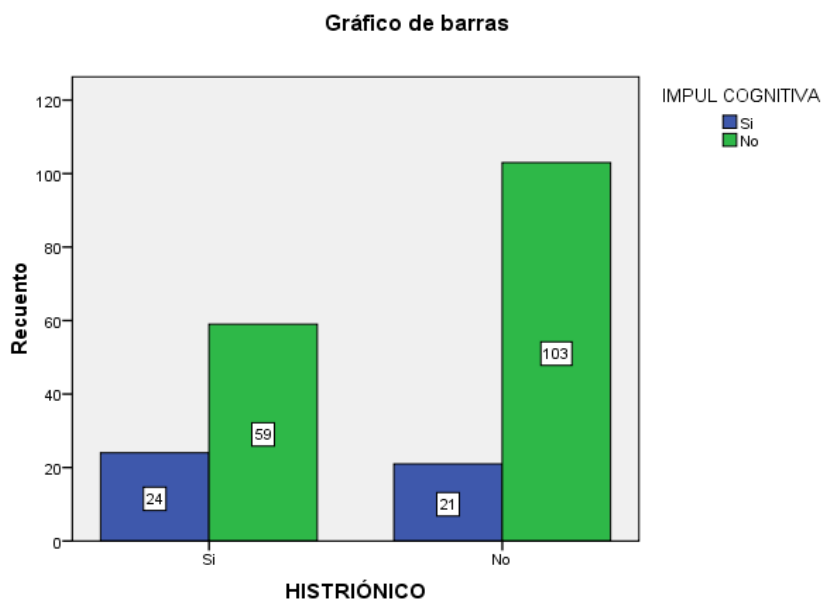
Las pacientes que puntúan positivo en el rasgo histriónico tienen una mayor probabilidad de puntuar positivamente en impulsividad cognitiva que las que no puntúan en ese rasgo ($\chi^2=4,194$, $p = 0,014$). Más específicamente, el riesgo de puntuar en impulsividad cognitiva en pacientes histriónicos está comprendido entre 1,024 y 3,889 veces más que en el caso de las pacientes del grupo no histriónico(ver tabla IV.3.80 y gráfico).

Tabla de contingencia HISTRIÓNICO * IMPUL COGNITIVA			IMPUL COGNITIVA		
			Si	No	Total
HISTRIÓNICO	Si	Recuento	24	59	83
		Frecuencia esperada	18	65	83
		% dentro de IMPUL COGNITIVA	53,30%	36,40%	40,10%
	No	Recuento	21	103	124
		Frecuencia esperada	27	97	124
		% dentro de IMPUL COGNITIVA	46,70%	63,60%	59,90%
Total		Recuento	45	162	207
		Frecuencia esperada	45	162	207
		% dentro de IMPUL COGNITIVA	100,00%	100,00%	100,00%

Tabla IV.3.79

Estimación de riesgo	Intervalo de confianza al 95%		
	Valor	Inferior	Superior
Razón de las ventajas para HISTRIÓNICO (Si /No)	1,995	1,024	3,889
Para la cohorte IMPUL COGNITIVA = Si	1,707	1,02	2,859
Para la cohorte IMPUL COGNITIVA = No	0,856	0,73	1,003
N de casos válidos	207		

Tabla IV.3.80



Las pacientes que puntúan positivo en el rasgo histriónico tienen una mayor probabilidad de puntuar positivamente en Impulsividad Motora que las que no puntúan en ese rasgo ($\chi^2=7,102$, $p = 0,008$). Más específicamente, el riesgo de puntuar en Impulsividad motora en pacientes histriónicos está comprendido entre 1,244 y 4,469 veces más que en el caso de las pacientes del grupo no histriónico (ver tabla IV.3.82 y gráfico).

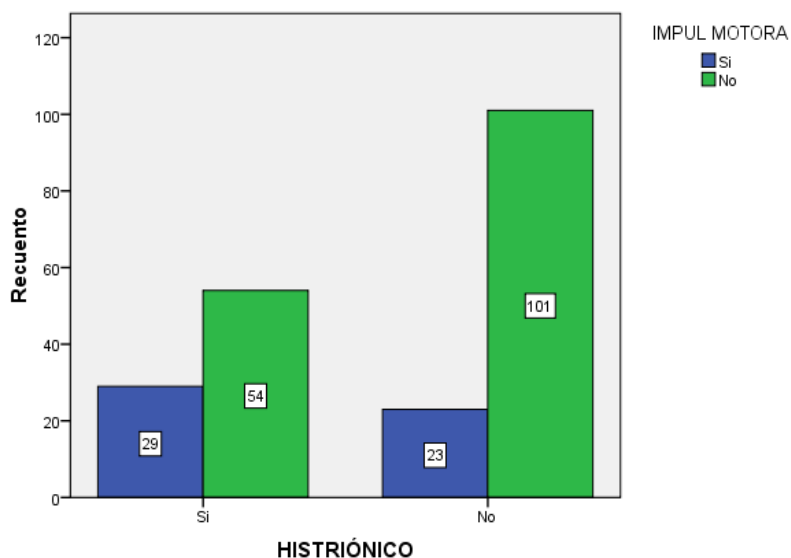
Tabla de contingenciaHISTRIÓNICO * IMPUL MOTORA			IMPUL MOTORA		
			Si	No	Total
HISTRIÓNICO	Si	Recuento	29	54	83
		Frecuencia esperada	20,9	62,1	83
		% dentro de IMPUL MOTORA	55,80%	34,80%	40,10%
	No	Recuento	23	101	124
		Frecuencia esperada	31,1	92,9	124
		% dentro de IMPUL MOTORA	44,20%	65,20%	59,90%
Total	Recuento	52	155	207	
	Frecuencia esperada	52	155	207	
	% dentro de IMPUL MOTORA	100,00%	100,00%	100,00%	

Tabla IV.3.81

Estimación de riesgo	Intervalo de confianza al 95%		
	Valor	Inferior	Superior
Razón de las ventajas para HISTRIÓNICO (Si / No)	2,358	1,244	4,469
Para la cohorte IMPUL MOTORA = Si	1,884	1,176	3,018
Para la cohorte IMPUL MOTORA = No	0,799	0,668	0,955
N de casos válidos	207		

Tabla IV.3.82

Gráfico de barras



Las pacientes que puntúan positivo en el rasgo histriónico tienen una mayor probabilidad de puntuar positivamente en impulsividad no planeada que las que no puntúan en ese rasgo ($\chi^2 = 13,168$, $p = 0,000$). Más específicamente, el riesgo de puntuar en impulsividad no planeada en pacientes histriónicos está comprendido entre 1,702 y 6,379 veces más que en el caso de las pacientes del grupo no histriónico (ver tabla IV.3.84 y gráfico).

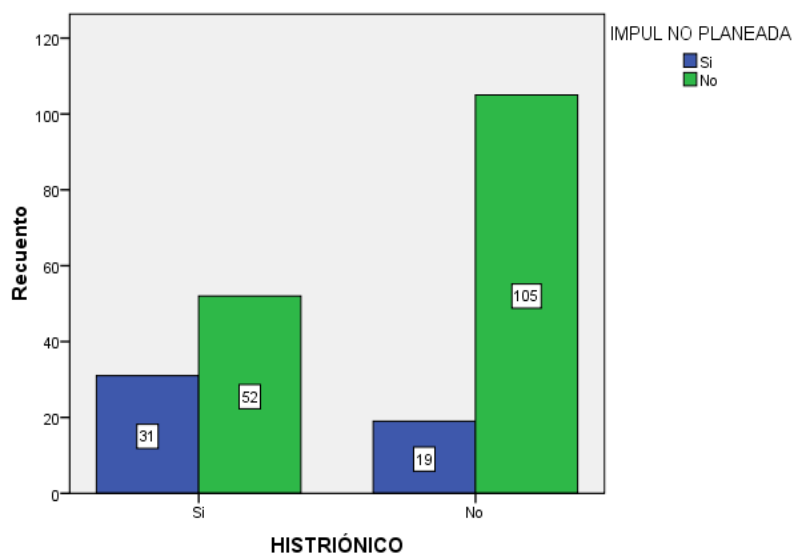
Tabla de contingencia HISTRIÓNICO * IMPUL NO PLANEADA			IMPUL NO PLANEADA		
			Si	No	Total
HISTRIÓNICO	Si	Recuento	31	52	83
		Frecuencia esperada	20	63	83
		% dentro de IMPUL NO PLANEADA	62,00%	33,10%	40,10%
	No	Recuento	19	105	124
		Frecuencia esperada	30	94	124
		% dentro de IMPUL NO PLANEADA	38,00%	66,90%	59,90%
Total	Recuento	50	157	207	
	Frecuencia esperada	50	157	207	
	% dentro de IMPUL NO PLANEADA	100,00%	100,00%	100,00%	

Tabla IV.3.83

Estimación de riesgo	Intervalo de confianza al 95%		
	Valor	Inferior	Superior
Razón de las ventajas para HISTRIÓNICO (Si /No)	3,295	1,702	6,379
Para la cohorte IMPUL NO PLANEADA = Si	2,438	1,48	4,014
Para la cohorte IMPUL NO PLANEADA = No	0,74	0,617	0,888
N de casos válidos	207		

Tabla IV.3.84

Gráfico de barras



Las pacientes que puntúan positivo en el rasgo histriónico tienen una mayor probabilidad de puntuar negativamente en desconfianza interpersonal que las que no puntúan en ese rasgo ($\chi^2=5,162$, $p = 0,023$). Más específicamente, el riesgo de puntuar en desconfianza interpersonal en pacientes no histriónicos está comprendido entre 1,032 y 1,381 veces más que en el caso de las pacientes del grupo histriónico (ver tabla IV.3.86 y gráfico).

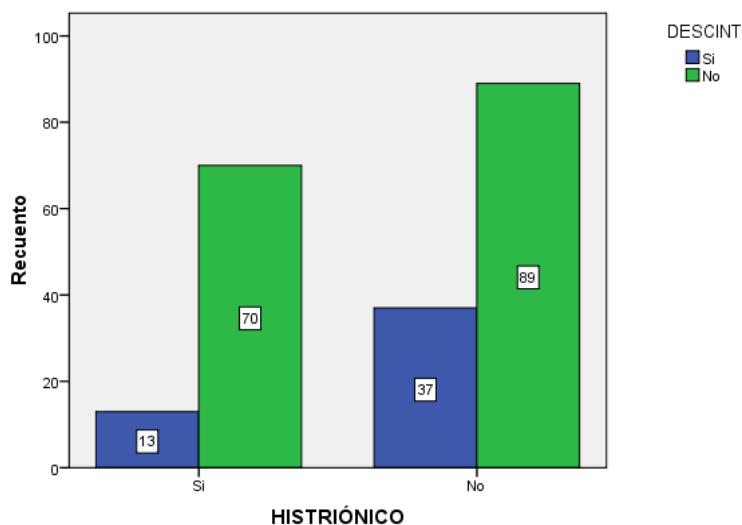
Tabla de contingencia HISTRIÓNICO * DESCINT			DESCINT		
			Si	No	Total
HISTRIÓNICO	Si	Recuento	13	70	83
		Frecuencia esperada	19,9	63,1	83
		% dentro de DESCINT	26,00%	44,00%	39,70%
	No	Recuento	37	89	126
		Frecuencia esperada	30,1	95,9	126
		% dentro de DESCINT	74,00%	56,00%	60,30%
Total	Recuento		50	159	209
	Frecuencia esperada		50	159	209
	% dentro de DESCINT		100,00%	100,00%	100,00%

Tabla IV.3.85

Estimación de riesgo	Intervalo de confianza al 95%		
	Valor	Inferior	Superior
Razón de las ventajas para HISTRIÓNICO (Si / No)	0,447	0,221	0,904
Para la cohorte DESCINT = Si	0,533	0,302	0,941
Para la cohorte DESCINT = No	1,194	1,032	1,381
N de casos válidos	209		

Tabla IV.3.86

Gráfico de barras



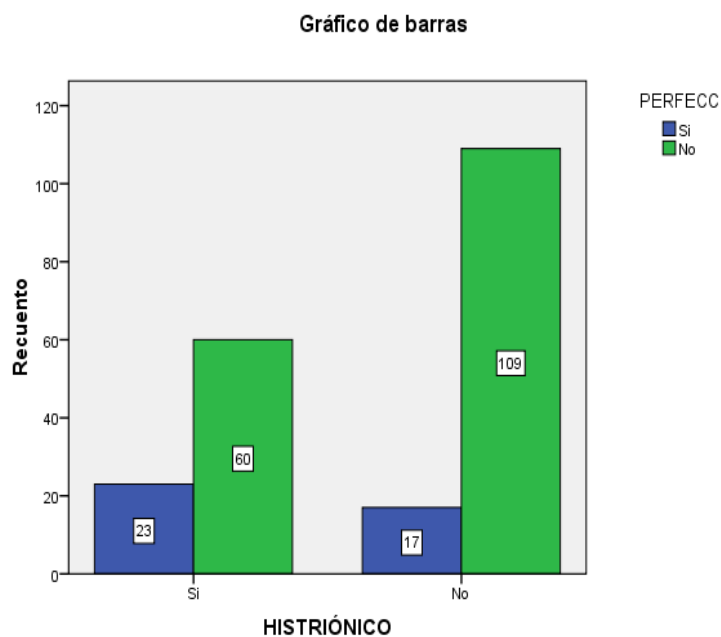
Las pacientes que puntúan positivo en el rasgo histriónico tienen una mayor probabilidad de puntuar positivamente en perfeccionismo que las que no puntúan en ese rasgo ($\chi^2 = 6,537$, $p = 0,011$). Más específicamente, el riesgo de puntuar en perfeccionismo en pacientes histriónicos está comprendido entre 1,219 y 4,957 veces más que en el caso de las pacientes del grupo no histriónico (ver tabla IV.3.88 y gráfico).

Tabla de contingencia HISTRIÓNICO * PERFECC			PERFECC		
			Si	No	Total
HISTRIÓNICO	Si	Recuento	23	60	83
		Frecuencia esperada	15,9	67,1	83
		% dentro de PERFECC	57,50%	35,50%	39,70%
	No	Recuento	17	109	126
		Frecuencia esperada	24,1	101,9	126
		% dentro de PERFECC	42,50%	64,50%	60,30%
Total		Recuento	40	169	209
		Frecuencia esperada	40	169	209
		% dentro de PERFECC	100,00%	100,00%	100,00%

Tabla IV.3.87

Estimación de riesgo	Intervalo de confianza al 95%		
	Valor	Inferior	Superior
Razón de las ventajas para HISTRIÓNICO (Si / No)	2,458	1,219	4,957
Para la cohorte PERFECC = Si	2,054	1,17	3,604
Para la cohorte PERFECC = No	0,836	0,719	0,971
N de casos válidos	209		

Tabla IV.3.88



Las pacientes que puntúan positivo en el rasgo histriónico tienen una mayor probabilidad de puntuar positivamente en alcoholismo que las que no puntúan en ese rasgo ($\chi^2=5,808$, $p = 0,016$). Más específicamente, el riesgo de puntuar en alcoholismo en pacientes histriónicos está comprendido entre 1,150 y 4,193 veces más que en el caso de las pacientes del grupo no histriónico(ver tabla IV.3.90 y gráfico).

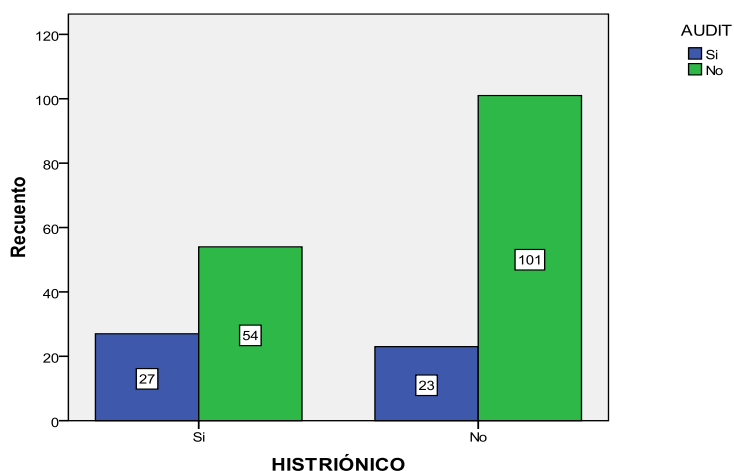
Tabla de contingencia HISTRIÓNICO * AUDIT			AUDIT		
			Si	No	Total
HISTRIÓNICO	Si	Recuento	27	54	81
		Frecuencia esperada	19,8	61,2	81
		% dentro de AUDIT	54,00%	34,80%	39,50%
	No	Recuento	23	101	124
		Frecuencia esperada	30,2	93,8	124
		% dentro de AUDIT	46,00%	65,20%	60,50%
Total	Recuento		50	155	205
	Frecuencia esperada		50	155	205
	% dentro de AUDIT		100,00%	100,00%	100,00%

Tabla IV.3.89

Estimación de riesgo	Intervalo de confianza al 95%		
	Valor	Inferior	Superior
Razón de las ventajas para HISTRIÓNICO (Si / No)	2,196	1,150	4,193
Para la cohorte AUDIT = Si	1,797	1,111	2,906
Para la cohorte AUDIT = No	0,818	0,687	0,975
N de casos válidos	205		

Tabla IV.3.90

Gráfico de barras



Las pacientes que puntúan positivo en el rasgo histriónico tienen una mayor probabilidad de puntuar positivamente en gravedad de sintomatología bulímica que las que no puntúan en ese rasgo ($\chi^2=5,293$, $p = 0,021$). Más específicamente, el riesgo de puntuar en gravedad de sintomatología bulímica en pacientes histriónicos está comprendido entre 1,111 y 4,105 veces más que en el caso de las pacientes del grupo no histriónico(ver tabla IV.3.92 y gráfico).

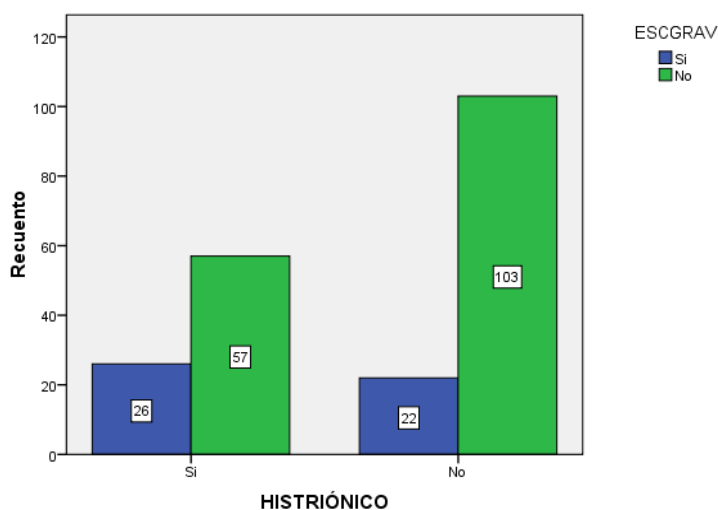
Tabla de contingencia HISTRIÓNICO * ESCGRAV			ESCGRAV		
			Si	No	Total
HISTRIÓNICO	Si	Recuento	26	57	83
		Frecuencia esperada	19,2	63,8	83
		% dentro de ESCGRAV	54,20%	35,60%	39,90%
	No	Recuento	22	103	125
		Frecuencia esperada	28,8	96,2	125
		% dentro de ESCGRAV	45,80%	64,40%	60,10%
Total	Recuento		48	160	208
	Frecuencia esperada		48	160	208
	% dentro de ESCGRAV		100,00%	100,00%	100,00%

Tabla IV.3.91

Estimación de riesgo	Intervalo de confianza al 95%		
	Valor	Inferior	Superior
Razón de las ventajas para HISTRIÓNICO (Si / No)	2,136	1,111	4,105
Para la cohorte ESCGRAV = Si	1,78	1,085	2,921
Para la cohorte ESCGRAV = No	0,833	0,706	0,984
N de casos válidos	208		

Tabla IV.3.92

Gráfico de barras



ANTISOCIAL

Las pacientes que puntúan positivo en el rasgo antisocial tienen una mayor probabilidad de puntuar positivamente en el Test de actitudes ante la alimentación que las que no puntúan en ese rasgo ($\chi^2 = 7,370$, $p = 0,014$). Más específicamente, el riesgo de puntuar en el Test de actitudes ante la alimentación en pacientes antisociales está comprendido entre 1,409 y 19,308 veces más que en el caso de las pacientes del grupo no antisocial (ver tabla IV.3.94 y gráfico).

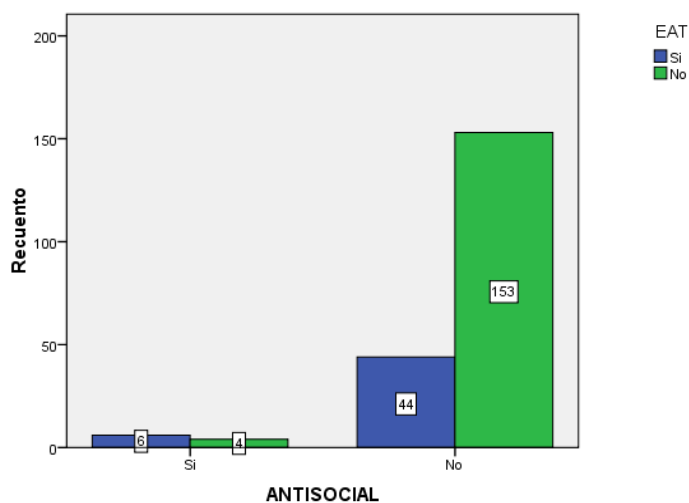
Tabla de contingencia ANTISOCIAL * EAT			EAT		
			Si	No	Total
ANTISOCIAL	Si	Recuento	6	4	10
		Frecuencia esperada	2,4	7,6	10
		% dentro de EAT	12,00%	2,50%	4,80%
	No	Recuento	44	153	197
		Frecuencia esperada	47,6	149,4	197
		% dentro de EAT	88,00%	97,50%	95,20%
Total	Recuento		50	157	207
	Frecuencia esperada		50	157	207
	% dentro de EAT		100,00%	100,00%	100,00%

Tabla IV.3.93

Estimación de riesgo	Intervalo de confianza al 95%		
	Valor	Inferior	Superior
Razón de las ventajas para antisocial (Si / No)	5,216	1,409	19,308
Para la cohorte EAT = Si	2,686	1,521	4,746
Para la cohorte EAT = No	0,515	0,24	1,104
N de casos válidos	207		

Tabla IV.3.94

Gráfico de barras



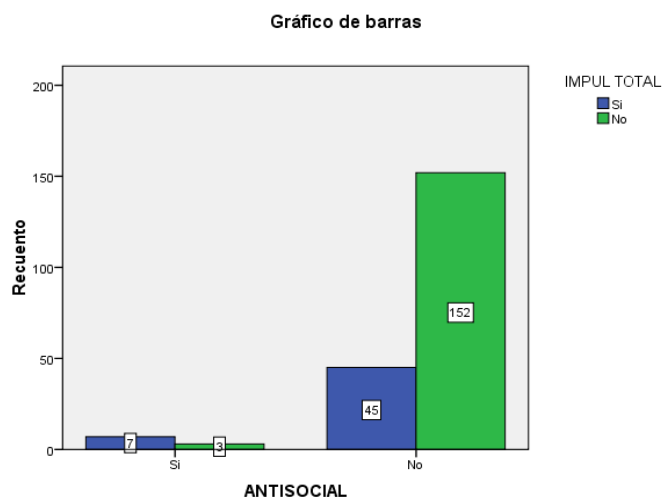
Las pacientes que puntúan positivo en el rasgo antisocial tienen una mayor probabilidad de puntuar positivamente en impulsividad total que las que no puntúan en ese rasgo ($\chi^2 = 11,251$, $p = 0,001$). Más específicamente, el riesgo de puntuar en impulsividad total en pacientes antisociales está comprendido entre 1,958 y 31,732 veces más que en el caso de las pacientes del grupo no antisocial (ver tabla IV.3.96 y gráfico).

Tabla de contingencia ANTISOCIAL * IMPUL TOTAL		IMPUL TOTAL			
		Si	No	Total	
ANTISOCIAL	Si	Recuento	7	3	10
		Frecuencia esperada	2,5	7,5	10
		% dentro de IMPUL TOTAL	13,50%	1,90%	4,80%
	No	Recuento	45	152	197
		Frecuencia esperada	49,5	147,5	197
		% dentro de IMPUL TOTAL	86,50%	98,10%	95,20%
Total	Recuento	52	155	207	
	Frecuencia esperada	52	155	207	
	% dentro de IMPUL TOTAL	100,00%	100,00%	100,00%	

Tabla IV.3.95

Estimación de riesgo	Intervalo de confianza al 95%		
	Valor	Inferior	Superior
Razón de las ventajas para ANTISOCIAL (Si /No)	7,881	1,958	31,732
Para la cohorte IMPUL TOTAL = Si	3,064	1,896	4,953
Para la cohorte IMPUL TOTAL = No	0,389	0,15	1,005
N de casos válidos	207		

Tabla IV.3.96



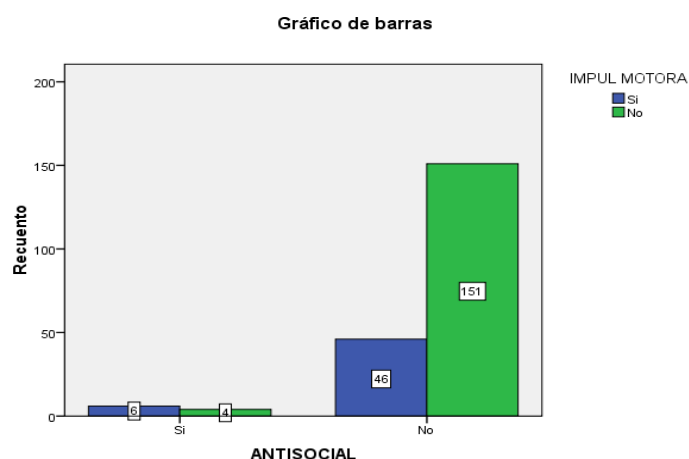
Las pacientes que puntúan positivo en el rasgo antisocial tienen una mayor probabilidad de puntuar positivamente en Impulsividad Motora que las que no puntúan en ese rasgo ($\chi^2=6,796$, $p = 0,009$). Más específicamente, el riesgo de puntuar en Impulsividad motora en pacientes antisociales está comprendido entre 1,332 y 18,203 veces más que en el caso de las pacientes del grupo no antisocial (ver tabla IV.3.98 y gráfico).

Tabla de contingencia ANTISOCIAL * IMPUL MOTORA			IMPUL MOTORA		
			Si	No	Total
ANTISOCIAL	Si	Recuento	6	4	10
		Frecuencia esperada	2,5	7,5	10
		% dentro de IMPUL MOTORA	11,50%	2,60%	4,80%
	No	Recuento	46	151	197
		Frecuencia esperada	49,5	147,5	197
		% dentro de IMPUL MOTORA	88,50%	97,40%	95,20%
Total	Recuento		52	155	207
	Frecuencia esperada		52	155	207
	% dentro de IMPUL MOTORA		100,00%	100,00%	100,00%

Tabla IV.3.97

Estimación de riesgo	Intervalo de confianza al 95%		
	Valor	Inferior	Superior
Razón de las ventajas para ANTISOCIAL (Si / No)	4,924	1,332	18,203
Para la cohorte IMPUL MOTORA = Si	2,57	1,459	4,525
Para la cohorte IMPUL MOTORA = No	0,522	0,243	1,119
N de casos válidos	207		

Tabla IV.3.98



Las pacientes que puntúan positivo en el rasgo antisocial tienen una mayor probabilidad de puntuar positivamente en impulsividad cognitiva que las que no puntúan en ese rasgo ($\chi^2=9,041$, $p = 0,008$). Más específicamente, el riesgo de puntuar en impulsividad cognitiva en pacientes antisociales está comprendido entre 1,635 y 22,585 veces más que en el caso de las pacientes del grupo no antisocial(ver tabla IV.3.100 y gráfico).

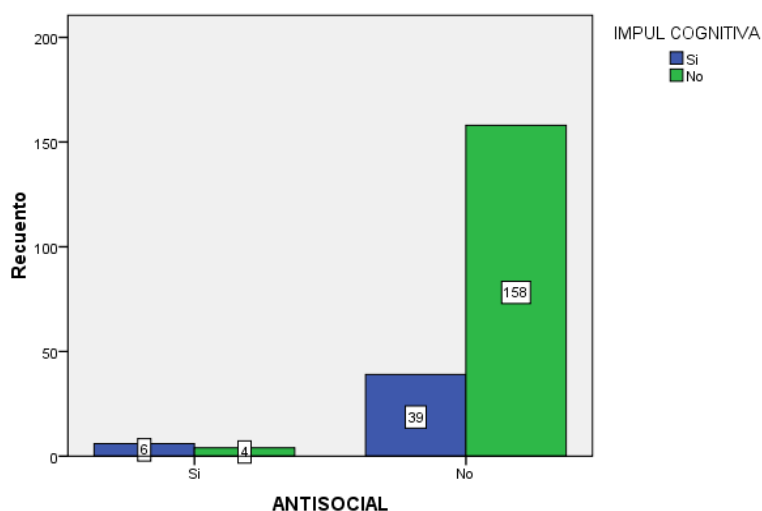
Tabla de contingencia ANTISOCIAL * IMPUL COGNITIVA			IMPUL COGNITIVA		
			Si	No	Total
ANTISOCIAL	Si	Recuento	6	4	10
		Frecuencia esperada	2,2	7,8	10
		% dentro de IMPUL COGNITIVA	13,30%	2,50%	4,80%
	No	Recuento	39	158	197
		Frecuencia esperada	42,8	154,2	197
		% dentro de IMPUL COGNITIVA	86,70%	97,50%	95,20%
Total	Recuento		45	162	207
	Frecuencia esperada		45	162	207
	% dentro de IMPUL COGNITIVA		100,00%	100,00%	100,00%

Tabla IV.3.99

Estimación de riesgo	Intervalo de confianza al 95%		
	Valor	Inferior	Superior
Razón de las ventajas para ANTISOCIAL (Si / No)	6,077	1,635	22,585
Para la cohorte IMPUL COGNITIVA = Si	3,031	1,699	5,407
Para la cohorte IMPUL COGNITIVA = No	0,499	0,233	1,069
N de casos válidos	207		

Tabla IV.3.100

Gráfico de barras



Las pacientes que puntúan positivo en el rasgo antisocial tienen una mayor probabilidad de puntuar positivamente en impulsividad no planeada que las que no puntúan en ese rasgo ($\chi^2=7,370$, $p = 0,007$). Más específicamente, el riesgo de puntuar en impulsividad no planeada en pacientes antisociales está comprendido entre 1,409 y 19,308 veces más que en el caso de las pacientes del grupo no antisocial(ver tabla IV.3.102 y gráfico).

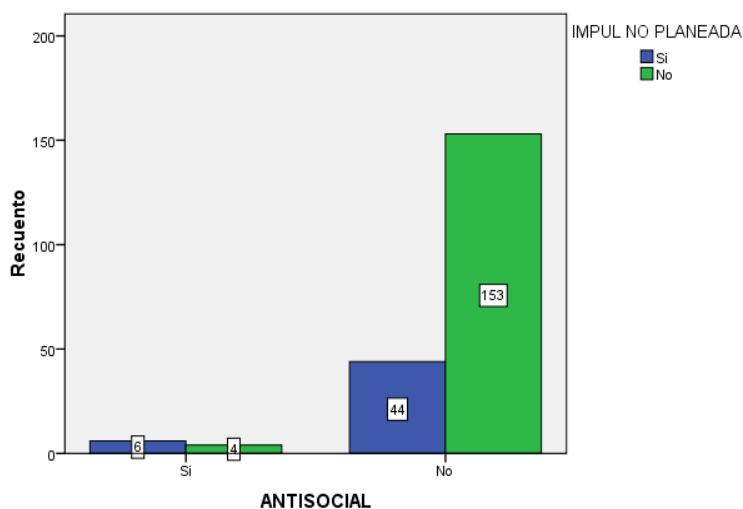
Tabla de contingencia ANTISOCIAL * IMPUL NO PLANEADA			IMPUL NO PLANEADA		
			Si	No	Total
ANTISOCIAL	Si	Recuento	6	4	10
		Frecuencia esperada	2,4	7,6	10
		% dentro de IMPUL NO PLANEADA	12,00%	2,50%	4,80%
	No	Recuento	44	153	197
		Frecuencia esperada	47,6	149,4	197
		% dentro de IMPUL NO PLANEADA	88,00%	97,50%	95,20%
Total		Recuento	50	157	207
		Frecuencia esperada	50	157	207
		% dentro de IMPUL NO PLANEADA	100,00%	100,00%	100,00%

Tabla IV.3.101

Estimación de riesgo	Intervalo de confianza al 95%		
	Valor	Inferior	Superior
Razón de las ventajas para ANTISOCIAL (Si /No)	5,216	1,409	19,308
Para la cohorte IMPUL NO PLANEADA = Si	2,686	1,521	4,746
Para la cohorte IMPUL NO PLANEADA = No	0,515	0,24	1,104
N de casos válidos	207		

Tabla IV.3.102

Gráfico de barras



Las pacientes que puntúan positivo en el rasgo antisocial tienen una mayor probabilidad de puntuar positivamente en la etapa precontemplativa que las que no puntúan en ese rasgo ($\chi^2=7,440$, $p = 0,014$). Más específicamente, el riesgo de puntuar en la etapa precontemplativa en pacientes antisociales está comprendido entre 1,418 y 19,433 veces más que en el caso de las pacientes del grupo no antisocial(ver tabla IV.3.104 y gráfico).

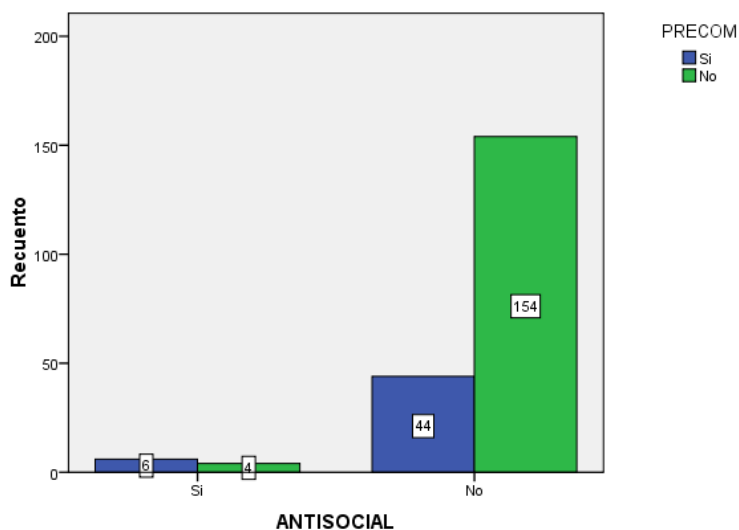
Tabla de contingencia ANTISOCIAL * PRECON			PRECON		
			Si	No	Total
ANTISOCIAL	Si	Recuento	6	4	10
		Frecuencia esperada	2,4	7,6	10
		% dentro de PRECON	12,00%	2,50%	4,80%
	No	Recuento	44	154	198
		Frecuencia esperada	47,6	150,4	198
		% dentro de PRECON	88,00%	97,50%	95,20%
Total		Recuento	50	158	208
		Frecuencia esperada	50	158	208
		% dentro de PRECON	100,00%	100,00%	100,00%

Tabla IV.3.103

Estimación de riesgo	Intervalo de confianza al 95%		
	Valor	Inferior	Superior
Razón de las ventajas para ANTISOCIAL (Si / No)	5,25	1,418	19,433
Para la cohorte PRECON = Si	2,7	1,528	4,771
Para la cohorte PRECON = No	0,514	0,24	1,103
N de casos válidos	208		

Tabla IV.3.104

Gráfico de barras



Las pacientes que puntúan positivo en el rasgo antisocial tienen una mayor probabilidad de puntuar positivamente en ineffectividad y baja autoestima que las que no puntúan en ese rasgo ($\chi^2 = 5,038$, $p = 0,025$). Más específicamente, el riesgo de puntuar en ineffectividad y baja autoestima en pacientes antisociales está comprendido entre 1,097 y 14,399 veces más que en el caso de las pacientes del grupo no antisocial (ver tabla IV.3.106 y gráfico).

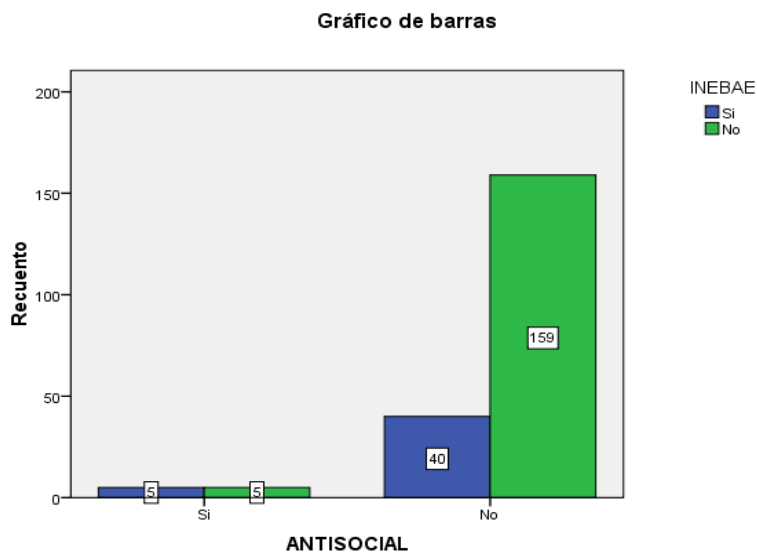
T

Tabla de contingencia ANTISOCIAL * INEBAE			INEBAE		
			Si	No	Total
ANTISOCIAL	Si	Recuento	5	5	10
		Frecuencia esperada	2,2	7,8	10
		% dentro de INEBAE	11,10%	3,00%	4,80%
	No	Recuento	40	159	199
		Frecuencia esperada	42,8	156,2	199
		% dentro de INEBAE	88,90%	97,00%	95,20%
Total	Recuento		45	164	209
	Frecuencia esperada		45	164	209
	% dentro de INEBAE		100,00%	100,00%	100,00%

Tabla IV.3.105

Estimación de riesgo	Intervalo de confianza al 95%		
	Valor	Inferior	Superior
Razón de las ventajas para ANTISOCIAL (Si / No)	3,975	1,097	14,399
Para la cohorte INEBAE = Si	2,488	1,262	4,905
Para la cohorte INEBAE = No	0,626	0,335	1,168
N de casos válidos	209		

Tabla IV.3.106



Las pacientes que puntúan positivo en el rasgo antisocial tienen una mayor probabilidad de puntuar positivamente en conciencia interoceptiva que las que no puntúan en ese rasgo ($\chi^2=8,215$, $p = 0,004$). Más específicamente, el riesgo de puntuar en conciencia interoceptiva en pacientes antisociales está comprendido entre 1,522 y 20,916 veces más que en el caso de las pacientes del grupo no antisocial (ver tabla IV.3.108 y gráfico).

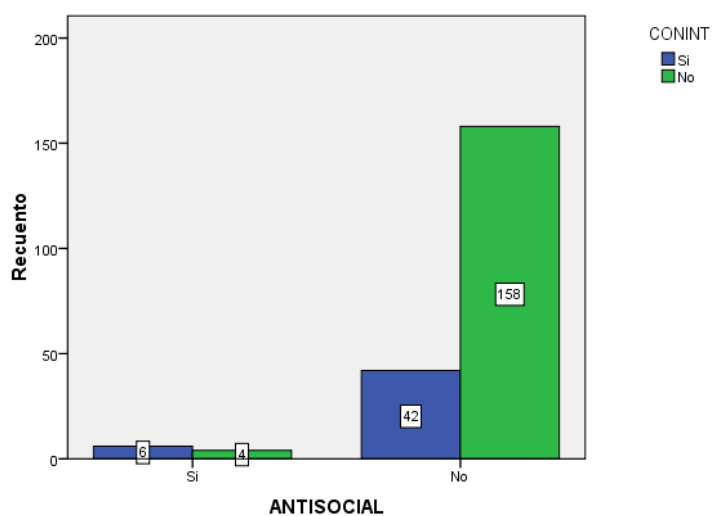
Tabla de contingencia ANTISOCIAL * CONINT			CONINT		
			Si	No	Total
ANTISOCIAL	Si	Recuento	6	4	10
		Frecuencia esperada	2,3	7,7	10
		% dentro de CONINT	12,50%	2,50%	4,80%
	2	Recuento	42	158	200
		Frecuencia esperada	45,7	154,3	200
		% dentro de CONINT	87,50%	97,50%	95,20%
Total		Recuento	48	162	210
		Frecuencia esperada	48	162	210
		% dentro de CONINT	100,00%	100,00%	100,00%

Tabla IV.3.107

Estimación de riesgo	Intervalo de confianza al 95%		
	Valor	Inferior	Superior
Razón de las ventajas para ANTISOCIAL (Si / No)	5,643	1,522	20,916
Para la cohorte CONINT = Si	2,857	1,611	5,067
Para la cohorte CONINT = No	0,506	0,236	1,085
N de casos válidos	210		

Tabla IV.3.108

Gráfico de barras



Las pacientes que puntúan positivo en el rasgo antisocial tienen una mayor probabilidad de puntuar positivamente en miedo a madurar que las que no puntúan en ese rasgo ($\chi^2=7,581$, $p = 0,006$). Más específicamente, el riesgo de puntuar en miedo a madurar en pacientes antisociales está comprendido entre 1,437 y 19,683 veces más que en el caso de las pacientes del grupo no antisocial (ver tabla IV.3.110 y gráfico).

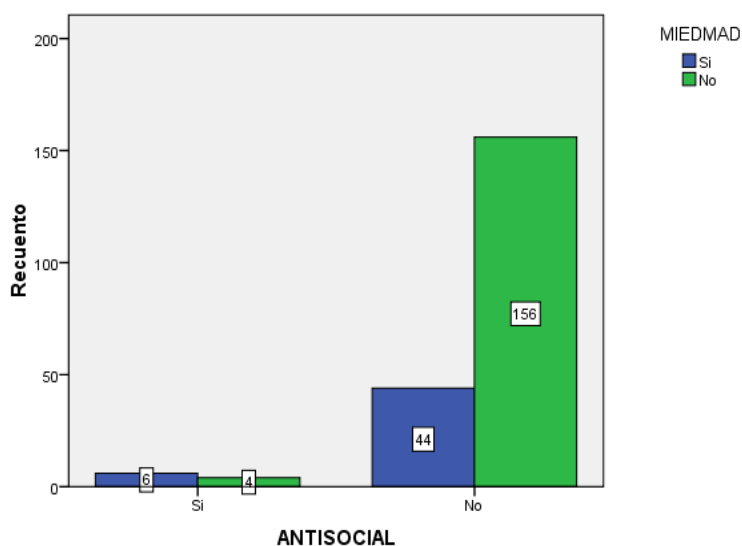
Tabla de contingencia ANTISOCIAL * MIEDMAD			MIEDMAD		
			Si	No	Total
ANTISOCIAL	Si	Recuento	6	4	10
		Frecuencia esperada	2,4	7,6	10
		% dentro de MIEDMAD	12,00%	2,50%	4,80%
	No	Recuento	44	156	200
		Frecuencia esperada	47,6	152,4	200
		% dentro de MIEDMAD	88,00%	97,50%	95,20%
Total	Recuento		50	160	210
	Frecuencia esperada		50	160	210
	% dentro de MIEDMAD		100,00%	100,00%	100,00%

Tabla IV.3.109

Estimación de riesgo	Intervalo de confianza al 95%		
	Valor	Inferior	Superior
Razón de las ventajas para ANTISOCIAL (Si / No)	5,318	1,437	19,683
Para la cohorte MIEDMAD = Si	2,727	1,543	4,82
Para la cohorte MIEDMAD = No	0,513	0,239	1,099
N de casos válidos	210		

Tabla IV.3.110

Gráfico de barras



Las pacientes que puntúan positivo en el rasgo antisocial tienen una mayor probabilidad de puntuar positivamente en alcoholismo que las que no puntúan en ese rasgo ($\chi^2=7,229$, $p = 0,007$). Más específicamente, el riesgo de puntuar en alcoholismo en pacientes antisociales está comprendido entre 1,390 y 19,058 veces más que en el caso de las pacientes del grupo no antisocial (ver tabla IV.3.112 y gráfico).

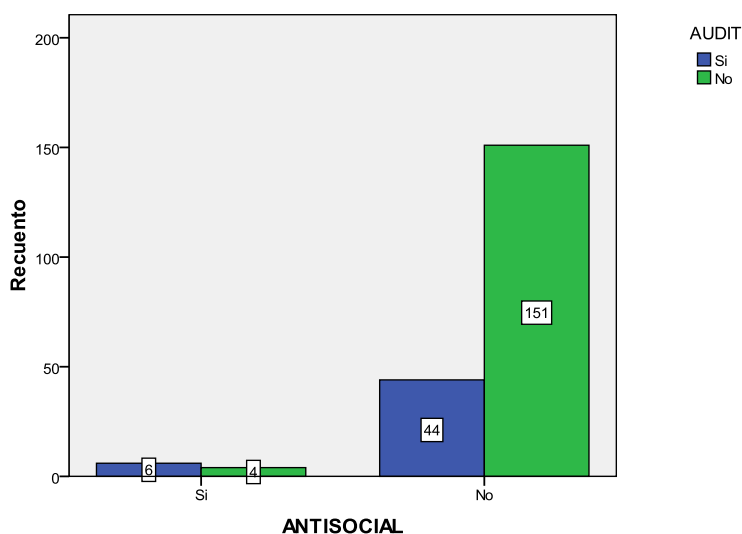
Tabla de contingencia ANTISOCIAL * AUDIT			AUDIT		
			Si	No	Total
ANTISOCIAL	Si	Recuento	6	4	10
		Frecuencia esperada	2,4	7,6	10
		% dentro de AUDIT	12,00%	2,60%	4,90%
	No	Recuento	44	151	195
		Frecuencia esperada	47,6	147,4	195
		% dentro de AUDIT	88,00%	97,40%	95,10%
Total	Recuento	50	155	205	
	Frecuencia esperada	50	155	205	
	% dentro de AUDIT	100,00%	100,00%	100,00%	

Tabla IV.3.111

Estimación de riesgo	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para ANTISOCIAL (Si / No)	5,148	1,390	19,058
Para la cohorte AUDIT = Si	2,659	1,505	4,697
Para la cohorte AUDIT = No	0,517	0,241	1,108
N de casos válidos	205		

Tabla IV.3.112

Gráfico de barras



NARCISISTA

Las pacientes que puntúan positivo en el rasgo narcisista tienen una mayor probabilidad de puntuar positivamente en perfeccionismo que las que no puntúan en ese rasgo ($\chi^2 = 4,972$, $p = 0,026$). Más específicamente, el riesgo de puntuar en perfeccionismo en pacientes narcisistas está comprendido entre 1,091 y 4,580 veces más que en el caso de las pacientes del grupo no narcisista (ver tabla IV.3.114 y gráfico).

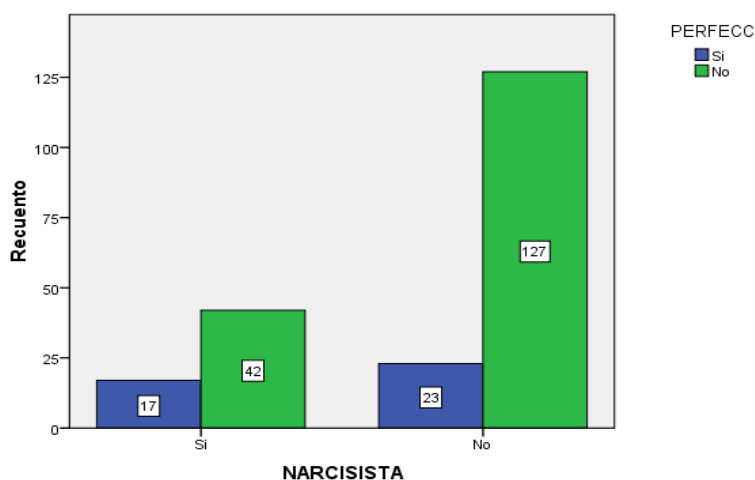
Tabla de contingencia NARCISISTA * PERFECC			PERFECC		
			Si	No	Total
NARCISISTA	Si	Recuento	17	42	59
		Frecuencia esperada	11,3	47,7	59
		% dentro de PERFECC	42,50%	24,90%	28,20%
	No	Recuento	23	127	150
		Frecuencia esperada	28,7	121,3	150
		% dentro de PERFECC	57,50%	75,10%	71,80%
Total		Recuento	40	169	209
		Frecuencia esperada	40	169	209
		% dentro de PERFECC	100,00%	100,00%	100,00%

Tabla IV.3.113

Estimación de riesgo	Intervalo de confianza al 95%		
	Valor	Inferior	Superior
Razón de las ventajas para NARCISISTA (Si / No)	2,235	1,091	4,580
Para la cohorte PERFECC = Si	1,879	1,084	3,256
Para la cohorte PERFECC = No	0,841	0,705	1,003
N de casos válidos	209		

Tabla IV.3.114

Gráfico de barras



Las pacientes que puntúan positivo en el rasgo narcisista tienen una mayor probabilidad de puntuar positivamente en impulsividad cognitiva que las que no puntúan en ese rasgo ($\chi^2=4,477$, $p = 0,034$). Más específicamente, el riesgo de puntuar en impulsividad cognitiva en pacientes narcisistas está comprendido entre 1,048 y 4,220 veces más que en el caso de las pacientes del grupo no narcisista (ver tabla IV.3.116 y gráfico).

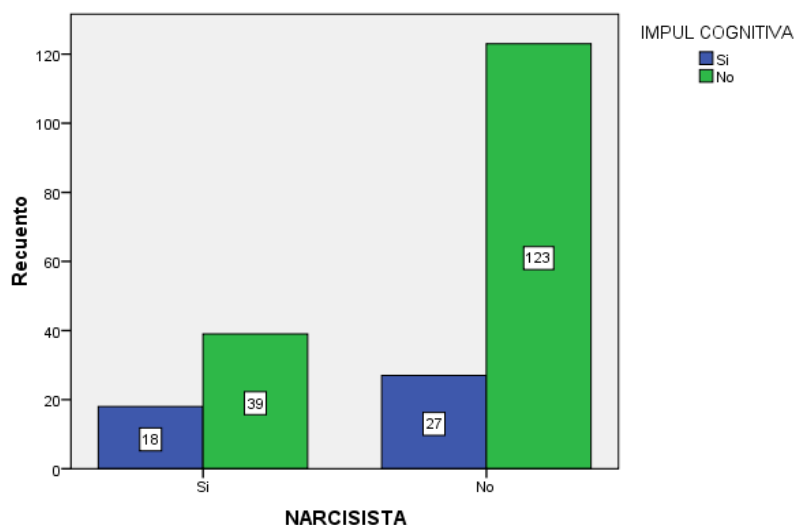
Tabla de contingencia NARCISISTA * IMPUL COGNITIVA			IMPUL COGNITIVA		
			Si	No	Total
NARCISISTA	Si	Recuento	18	39	57
		Frecuencia esperada	12,4	44,6	57
		% dentro de IMPUL COGNITIVA	40,00%	24,10%	27,50%
	No	Recuento	27	123	150
		Frecuencia esperada	32,6	117,4	150
		% dentro de IMPUL COGNITIVA	60,00%	75,90%	72,50%
Total	Recuento	45	162	207	
	Frecuencia esperada	45	162	207	
	% dentro de IMPUL COGNITIVA	100,00%	100,00%	100,00%	

Tabla IV.3.115

Estimación de riesgo	Intervalo de confianza al 95%		
	Valor	Inferior	Superior
Razón de las ventajas para NARCISISTA (Si / No)	2,103	1,048	4,220
Para la cohorte IMPUL COGNITIVA = Si	1,754	1,051	2,929
Para la cohorte IMPUL COGNITIVA = No	0,834	0,689	1,011
N de casos válidos	207		

Tabla IV.3.116

Gráfico de barras



LÍMITE

Las pacientes que puntúan positivo en el rasgo límite tienen una mayor probabilidad de puntuar positivamente en el Test de actitudes ante la alimentación que las que no puntúan en ese rasgo ($\chi^2 = 10,370$, $p = 0,001$). Más específicamente, el riesgo de puntuar en el Test de actitudes ante la alimentación en pacientes límites está comprendido entre 1,842 y 34,158 veces más que en el caso de las pacientes del grupo no límite (ver tabla IV.3.118 gráfico).

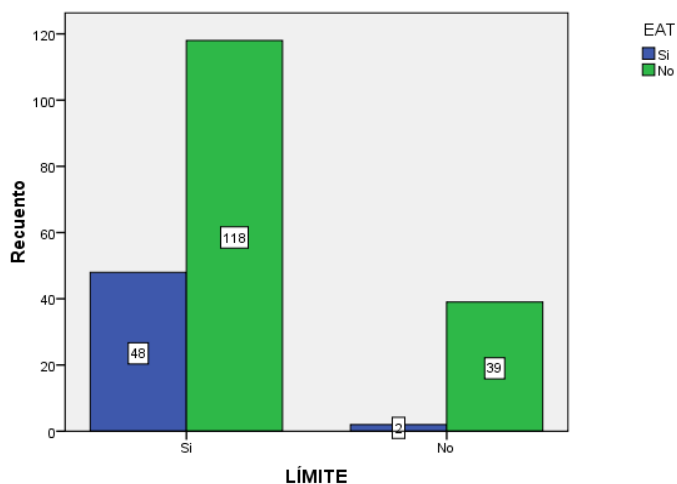
Tabla de contingencia LÍMITE * EAT			EAT		
			Si	No	Total
LÍMITE	Si	Recuento	48	118	166
		Frecuencia esperada	40,1	125,9	166
		% dentro de EAT	96,00%	75,20%	80,20%
	No	Recuento	2	39	41
		Frecuencia esperada	9,9	31,1	41
		% dentro de EAT	4,00%	24,80%	19,80%
Total	Recuento		50	157	207
	Frecuencia esperada		50	157	207
	% dentro de EAT		100,00%	100,00%	100,00%

Tabla IV.3.117

Estimación de riesgo	Intervalo de confianza al 95%		
	Valor	Inferior	Superior
Razón de las ventajas para límite (Si / No)	7,932	1,842	34,158
Para la cohorte EAT = Si	5,928	1,502	23,387
Para la cohorte EAT = No	0,747	0,663	0,842
N de casos válidos	207		

Tabla IV.3.118

Gráfico de barras



Las pacientes que puntúan positivo en el rasgo límite tienen una mayor probabilidad de puntuar positivamente en depresión que las que no puntúan en ese rasgo ($\chi^2 = 11,478$, $p = 0,001$). Más específicamente, el riesgo de puntuar en depresión en pacientes límites está comprendido entre 1,970 y 110,505 veces más que en el caso de las pacientes del grupo no límite (ver tabla IV.3.120 y gráfico).

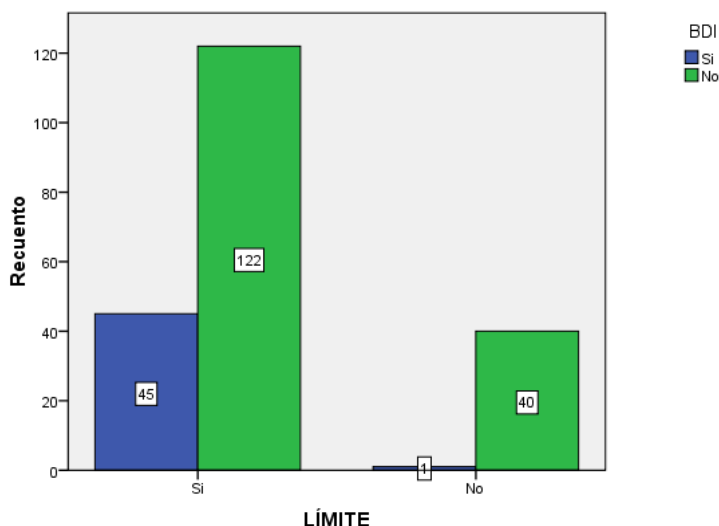
Tabla de contingencia LÍMITE * BDI			BDI		
			Si	No	Total
LÍMITE	Si	Recuento	45	122	167
		Frecuencia esperada	36,9	130,1	167
		% dentro de BDI	97,80%	75,30%	80,30%
	No	Recuento	1	40	41
		Frecuencia esperada	9,1	31,9	41
		% dentro de BDI	2,20%	24,70%	19,70%
Total	Recuento		46	162	208
	Frecuencia esperada		46	162	208
	% dentro de BDI		100,00%	100,00%	100,00%

Tabla IV.3.119

Estimación de riesgo	Intervalo de confianza al 95%		
	Valor	Inferior	Superior
Razón de las ventajas para LÍMITE (Si /No)	14,754	1,970	110,505
Para la cohorte BDI = Si	11,048	1,569	77,804
Para la cohorte BDI = No	0,749	0,675	0,831
N de casos válidos	208		

Tabla IV.3.120

Gráfico de barras



Las pacientes que puntúan positivo en el rasgo límite tienen una mayor probabilidad de puntuar positivamente en ansiedad como rasgo que las que no puntúan en ese rasgo ($\chi^2 = 8,289$, $p = 0,004$). Más específicamente, el riesgo de puntuar en ansiedad como rasgo en pacientes límites está comprendido entre 1,542 y 28,728 veces más que en el caso de las pacientes del grupo no límite (ver tabla IV.3.122 y gráfico).

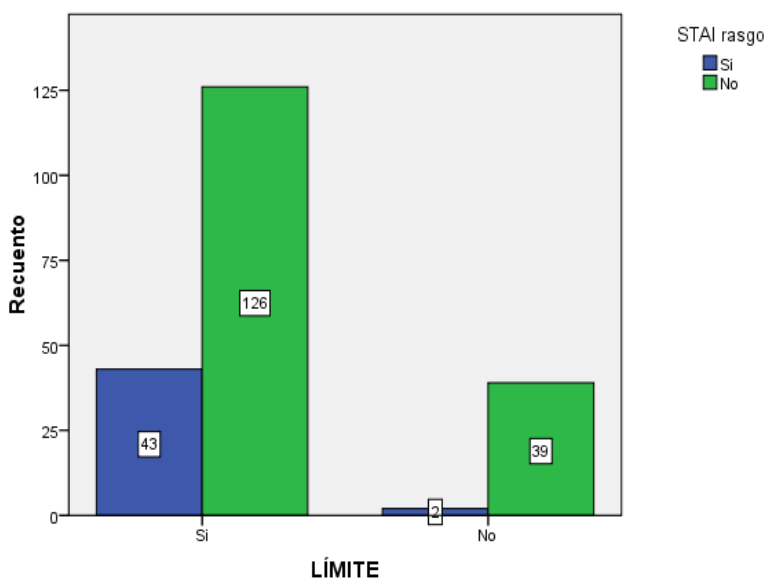
Tabla de contingencia LÍMITE * STAI rasgo			STAI rasgo		
			Si	No	Total
LÍMITE	Si	Recuento	43	126	169
		Frecuencia esperada	36,2	132,8	169
		% dentro de STAI rasgo	95,60%	76,40%	80,50%
	No	Recuento	2	39	41
		Frecuencia esperada	8,8	32,2	41
		% dentro de STAI rasgo	4,40%	23,60%	19,50%
Total	Total	Recuento	45	165	210
		Frecuencia esperada	45	165	210
		% dentro de STAI rasgo	100,00%	100,00%	100,00%

Tabla IV.3.121

Estimación de riesgo	Intervalo de confianza al 95%		
	Valor	Inferior	Superior
Razón de las ventajas para LÍMITE (Si /No)	6,655	1,542	28,728
Para la cohorte STAI rasgo = Si	5,216	1,317	20,652
Para la cohorte STAI rasgo = No	0,784	0,701	0,877
N de casos válidos	210		

Tabla IV.3.122

Gráfico de barras



Las pacientes que puntúan positivo en el rasgo límite tienen una mayor probabilidad de puntuar positivamente en impulsividad total que las que no puntúan en ese rasgo ($\chi^2=6,027$, $p = 0,014$). Más específicamente, el riesgo de puntuar en impulsividad total en pacientes límites está comprendido entre 1,225 y 10,754 veces más que en el caso de las pacientes del grupo no límite (ver tabla IV.3.124 y gráfico).

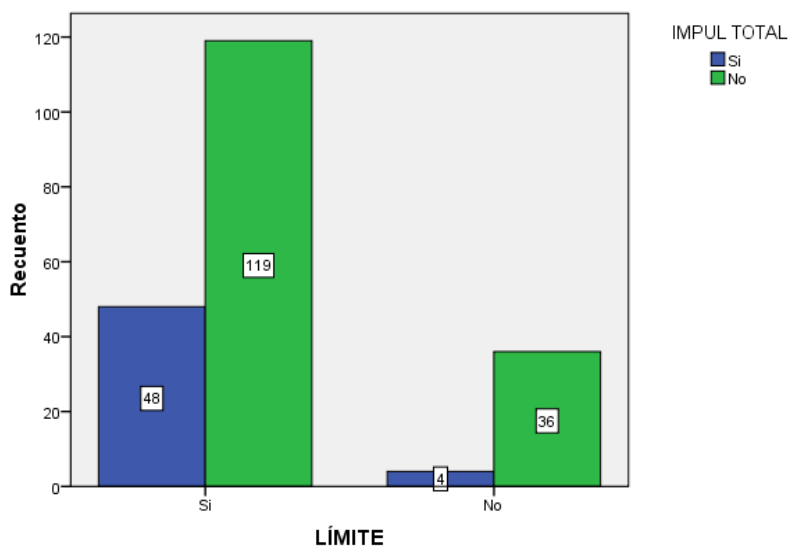
Tabla de contingencia LÍMITE * IMPUL TOTAL			IMPUL TOTAL		
			Si	No	Total
LÍMITE	Si	Recuento	48	119	167
		Frecuencia esperada	42	125	167
		% dentro de IMPUL TOTAL	92,30%	76,80%	80,70%
	No	Recuento	4	36	40
		Frecuencia esperada	10	30	40
		% dentro de IMPUL TOTAL	7,70%	23,20%	19,30%
Total	Recuento	52	155	207	
	Frecuencia esperada	52	155	207	
	% dentro de IMPUL TOTAL	100,00%	100,00%	100,00%	

Tabla IV.3.123

Estimación de riesgo	Intervalo de confianza al 95%		
	Valor	Inferior	Superior
Razón de las ventajas para LÍMITE (Si / No)	3,63	1,225	10,754
Para la cohorte IMPUL TOTAL = Si	2,874	1,101	7,506
Para la cohorte IMPUL TOTAL = No	0,792	0,687	0,912
N de casos válidos	207		

Tabla IV.3.124

Gráfico de barras



Las pacientes que puntúan positivo en el rasgo límite tienen una mayor probabilidad de puntuar positivamente en impulsividad cognitiva que las que no puntúan en ese rasgo ($\chi^2=5,909$, $p = 0,015$). Más específicamente, el riesgo de puntuar en impulsividad cognitiva en pacientes límites está comprendido entre 1,214 y 14,141 veces más que en el caso de las pacientes del grupo no límite (ver tabla IV.3.126 y gráfico).

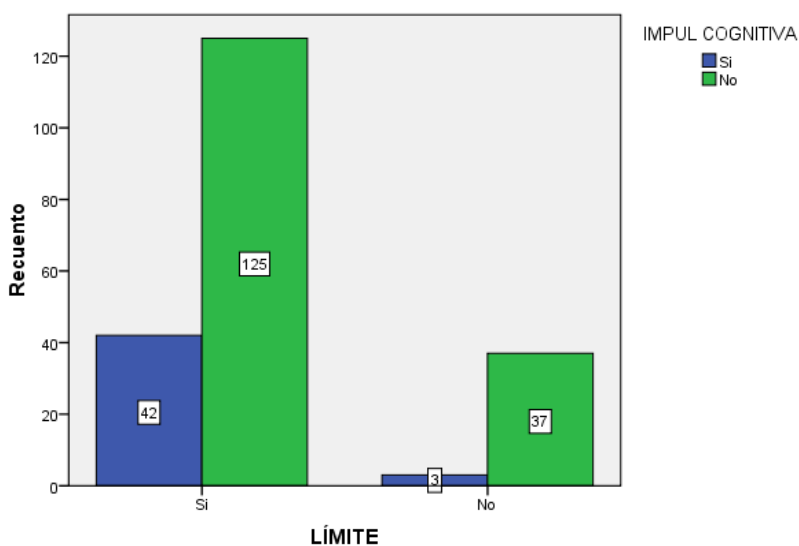
Tabla de contingencia LÍMITE * IMPUL COGNITIVA			IMPUL COGNITIVA		
			Si	No	Total
LÍMITE	Si	Recuento	42	125	167
		Frecuencia esperada	36,3	130,7	167
		% dentro de IMPUL COGNITIVA	93,30%	77,20%	80,70%
	No	Recuento	3	37	40
		Frecuencia esperada	8,7	31,3	40
		% dentro de IMPUL COGNITIVA	6,70%	22,80%	19,30%
Total	Recuento	45	162	207	
	Frecuencia esperada	45	162	207	
	% dentro de IMPUL COGNITIVA	100,00%	100,00%	100,00%	

Tabla IV.3.125

Estimación de riesgo	Intervalo de confianza al 95%		
	Valor	Inferior	Superior
Razón de las ventajas para LÍMITE (Si / No)	4,144	1,214	14,141
Para la cohorte IMPUL COGNITIVA = Si	3,353	1,095	10,271
Para la cohorte IMPUL COGNITIVA = No	0,809	0,714	0,917
N de casos válidos	207		

Tabla IV.3.126

Gráfico de barras



Las pacientes que puntúan positivo en el rasgo límite tienen una mayor probabilidad de puntuar positivamente en Impulsividad Motora que las que no puntúan en ese rasgo ($\chi^2 = 10,671$, $p = 0,001$). Más específicamente, el riesgo de puntuar en Impulsividad motora en pacientes límites está comprendido entre 1,886 y 34,962 veces más que en el caso de las pacientes del grupo no límite (ver tabla IV.3.128 y gráfico).

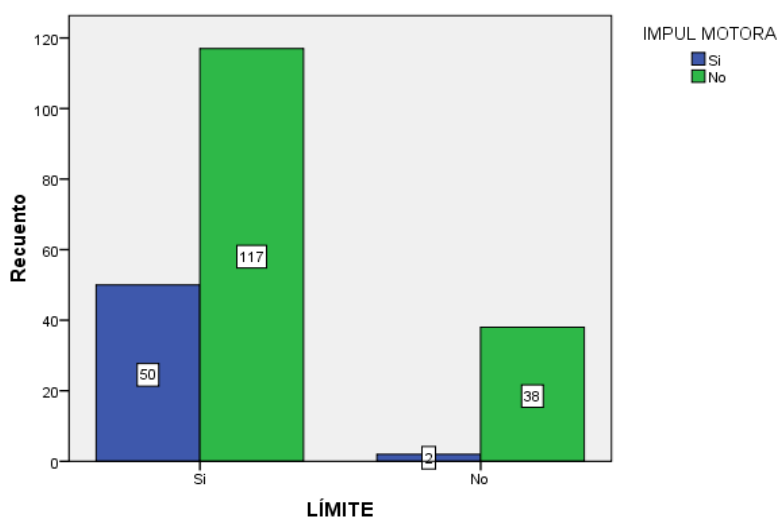
Tabla de contingencia LÍMITE * IMPUL MOTORA			IMPUL MOTORA		
			Si	No	Total
LÍMITE	Si	Recuento	50	117	167
		Frecuencia esperada	42	125	167
		% dentro de IMPUL MOTORA	96,20%	75,50%	80,70%
	No	Recuento	2	38	40
		Frecuencia esperada	10	30	40
		% dentro de IMPUL MOTORA	3,80%	24,50%	19,30%
Total		Recuento	52	155	207
		Frecuencia esperada	52	155	207
		% dentro de IMPUL MOTORA	100,00%	100,00%	100,00%

Tabla IV.3.127

Estimación de riesgo	Intervalo de confianza al 95%		
	Valor	Inferior	Superior
Razón de las ventajas para LÍMITE (Si /No)	8,12	1,886	34,962
Para la cohorte IMPUL MOTORA = Si	5,988	1,521	23,579
Para la cohorte IMPUL MOTORA = No	0,737	0,653	0,833
N de casos válidos	207		

Tabla IV.3.128

Gráfico de barras



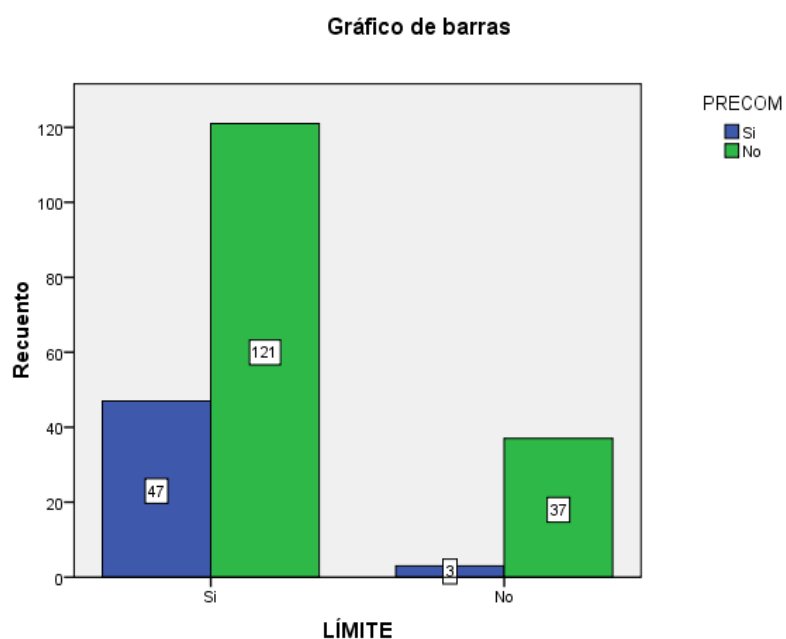
Las pacientes que puntúan positivo en el rasgo límite tienen una mayor probabilidad de puntuar positivamente en la etapa precontemplativa que las que no puntúan en ese rasgo ($\chi^2 = 7,418$, $p = 0,006$). Más específicamente, el riesgo de puntuar en la etapa precontemplativa en pacientes límites está comprendido entre 1,409 y 16,289 veces más que en el caso de las pacientes del grupo no límite (ver tabla IV.3.130 y gráfico).

Tabla de contingencia LÍMITE * PRECON			PRECON		
			Si	No	Total
LÍMITE	Si	Recuento	47	121	168
		Frecuencia esperada	40,4	127,6	168
		% dentro de PRECON	94,00%	76,60%	80,80%
	No	Recuento	3	37	40
		Frecuencia esperada	9,6	30,4	40
		% dentro de PRECON	6,00%	23,40%	19,20%
Total	Total	Recuento	50	158	208
		Frecuencia esperada	50	158	208
		% dentro de PRECON	100,00%	100,00%	100,00%

Tabla IV.3.129

Estimación de riesgo	Intervalo de confianza al 95%		
	Valor	Inferior	Superior
Razón de las ventajas para LÍMITE (Si / No)	4,791	1,409	16,289
Para la cohorte PRECON = Si	3,73	1,223	11,376
Para la cohorte PRECON = No	0,779	0,684	0,886
N de casos válidos	208		

Tabla IV.3.130



Las pacientes que puntúan positivo en el rasgo límite tienen una mayor probabilidad de puntuar positivamente en la etapa de decisión que las que no puntúan en ese rasgo ($\chi^2 = 8,925$, $p = 0,003$). Más específicamente, el riesgo de puntuar en la etapa de decisión en pacientes límites está comprendido entre 1,568 y 13,626 veces más que en el caso de las pacientes del grupo no límite (ver tabla IV.3.132 y gráfico).

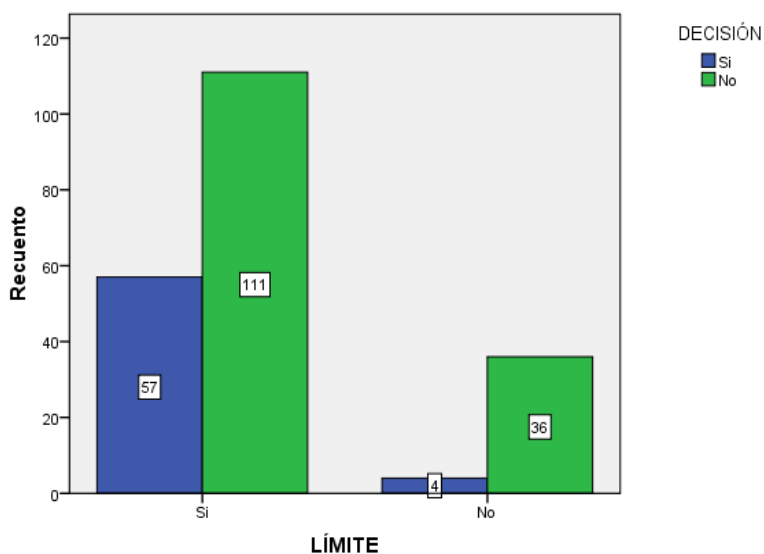
Tabla de contingencia LÍMITE * DECISIÓN			DECISIÓN		
			Si	No	Total
LÍMITE	Si	Recuento	57	111	168
		Frecuencia esperada	49,3	118,7	168
		% dentro de DECISIÓN	93,40%	75,50%	80,80%
	No	Recuento	4	36	40
		Frecuencia esperada	11,7	28,3	40
		% dentro de DECISIÓN	6,60%	24,50%	19,20%
Total	Recuento		61	147	208
	Frecuencia esperada		61	147	208
	% dentro de DECISIÓN		100,00%	100,00%	100,00%

Tabla IV.3.131

Estimación de riesgo	Intervalo de confianza al 95%		
	Valor	Inferior	Superior
Razón de las ventajas para LÍMITE (Si /No)	4,622	1,568	13,626
Para la cohorte DECISIÓN = Si	3,393	1,308	8,802
Para la cohorte DECISIÓN = No	0,734	0,632	0,853
N de casos válidos	208		

Tabla IV.3.132

Gráfico de barras



Las pacientes que puntúan negativo en el rasgo límite tienen una mayor probabilidad de puntuar positivamente en la etapa de acción que las que puntúan en ese rasgo ($\chi^2 = 19,759$, $p = 0,000$). Más específicamente, el riesgo de puntuar en la etapa de acción en pacientes no límites está comprendido entre 1,228 y 2,394 veces más que en el caso de las pacientes del grupo límite (ver tabla IV.3.134 y gráfico).

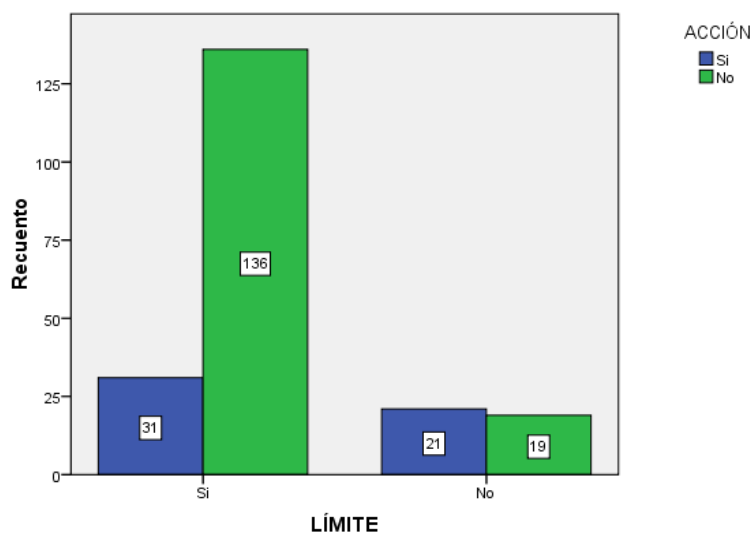
Tabla de contingencia LÍMITE * ACCIÓN			ACCIÓN		
			Si	No	Total
LÍMITE	Si	Recuento	31	136	167
		Frecuencia esperada	42	125	167
		% dentro de ACCIÓN	59,60%	87,70%	80,70%
	No	Recuento	21	19	40
		Frecuencia esperada	10	30	40
		% dentro de ACCIÓN	40,40%	12,30%	19,30%
Total		Recuento	52	155	207
		Frecuencia esperada	52	155	207
		% dentro de ACCIÓN	100,00%	100,00%	100,00%

Tabla IV.3.133

Estimación de riesgo	Intervalo de confianza al 95%		
	Valor	Inferior	Superior
Razón de las ventajas para LÍMITE (Si /No)	0,206	0,099	0,429
Para la cohorte ACCIÓN = Si	0,354	0,229	0,545
Para la cohorte ACCIÓN = No	1,714	1,228	2,394
N de casos válidos	207		

Tabla IV.3.134

Gráfico de barras



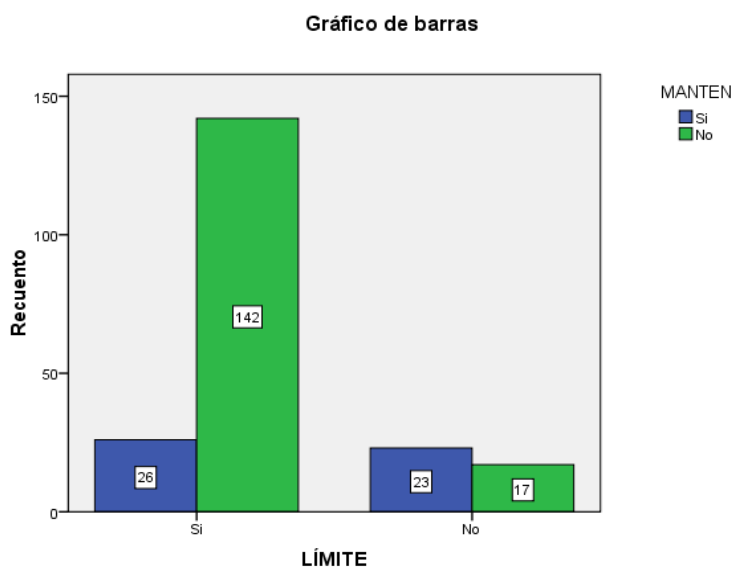
Las pacientes que puntúan negativo en el rasgo límite tienen una mayor probabilidad de puntuar positivamente en la etapa de mantenimiento que las que puntúan en ese rasgo ($\chi^2=31,683$, $p = 0,000$). Más específicamente, el riesgo de puntuar en la etapa de mantenimiento en pacientes no límites está comprendido entre 1,379 y 2,868 veces más que en el caso de las pacientes del grupo límite (ver tabla IV.3.136 y gráfico).

Tabla de contingencia LÍMITE * MANTEN			MANTEN		
			Si	No	Total
LÍMITE	Si	Recuento	26	142	168
		Frecuencia esperada	39,6	128,4	168
		% dentro de MANTEN	53,10%	89,30%	80,80%
	No	Recuento	23	17	40
		Frecuencia esperada	9,4	30,6	40
		% dentro de MANTEN	46,90%	10,70%	19,20%
Total	Recuento		49	159	208
	Frecuencia esperada		49	159	208
	% dentro de MANTEN		100,00%	100,00%	100,00%

Tabla IV.3.135

Estimación de riesgo	Intervalo de confianza al 95%		
	Valor	Inferior	Superior
Razón de las ventajas para LÍMITE (Si / No)	0,135	0,064	0,288
Para la cohorte MANTEN = Si	0,269	0,173	0,419
Para la cohorte MANTEN = No	1,989	1,379	2,868
N de casos válidos	208		

Tabla IV.3.136



Las pacientes que puntúan negativo en el rasgo límite tienen una mayor probabilidad de puntuar negativamente en la etapa de recaída que las que puntúan en ese rasgo ($\chi^2 = 11,592$, $p = 0,001$). Más específicamente, el riesgo de no puntuar en la etapa de recaída en pacientes no límites está comprendido entre 0,698 y 0,828 veces más que en el caso de las pacientes del grupo límite (ver tabla IV.3.138 y gráfico).

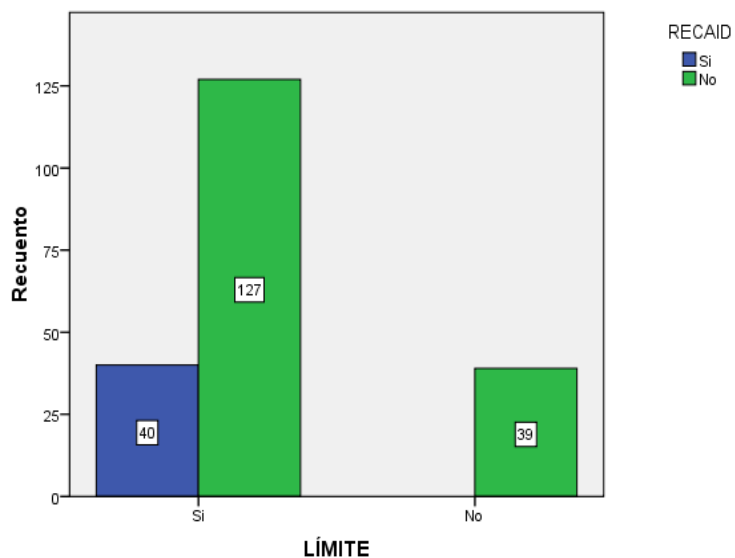
Tabla de contingencia LÍMITE * RECAID			RECAID		
			Si	No	Total
LÍMITE	Si	Recuento	40	127	167
		Frecuencia esperada	32,4	134,6	167
		% dentro de RECAID	100,00%	76,50%	81,10%
	No	Recuento	0	39	39
		Frecuencia esperada	7,6	31,4	39
		% dentro de RECAID	0,00%	23,50%	18,90%
Total	Recuento		40	166	206
	Frecuencia esperada		40	166	206
	% dentro de RECAID		100,00%	100,00%	100,00%

Tabla IV.3.137

Estimación de riesgo	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Para la cohorte RECAID = No	0,76	0,698	0,828
N de casos válidos	206		

Tabla IV.3.138

Gráfico de barras



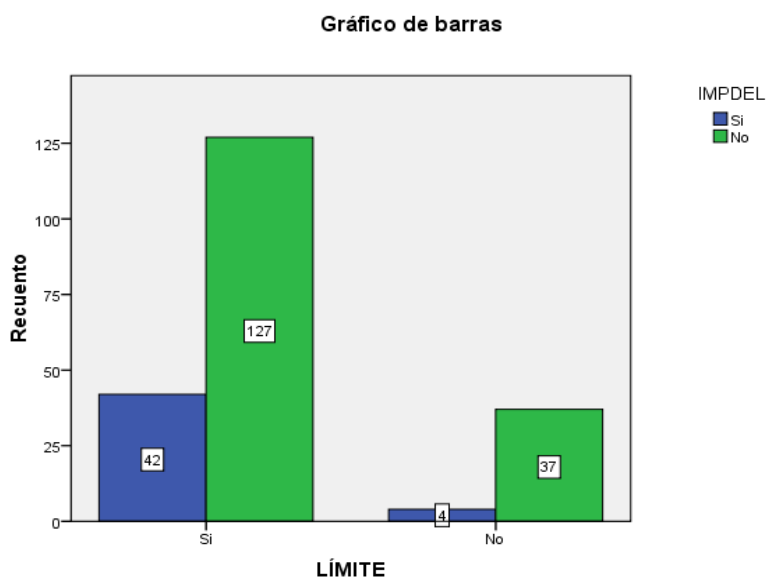
Las pacientes que puntúan positivo en el rasgo límite tienen una mayor probabilidad de puntuar positivamente en impulso a la delgadez que las que no puntúan en ese rasgo ($\chi^2=4,396$, $p = 0,036$). Más específicamente, el riesgo de puntuar en impulso a la delgadez en pacientes límites está comprendido entre 1,030 y 9,089 veces más que en el caso de las pacientes del grupo no límite(ver tabla IV.3.140 y gráfico).

Tabla de contingencia LÍMITE * IMPDEL			IMPDEL		
			Si	No	Total
LÍMITE	Si	Recuento	42	127	169
		Frecuencia esperada	37	132	169
		% dentro de IMPDEL	91,30%	77,40%	80,50%
	No	Recuento	4	37	41
		Frecuencia esperada	9	32	41
		% dentro de IMPDEL	8,70%	22,60%	19,50%
Total		Recuento	46	164	210
		Frecuencia esperada	46	164	210
		% dentro de IMPDEL	100,00%	100,00%	100,00%

Tabla IV.3.139

Estimación de riesgo	Intervalo de confianza al 95%		
	Valor	Inferior	Superior
Razón de las ventajas para LÍMITE (Si / No)	3,059	1,030	9,089
Para la cohorte IMPDEL = Si	2,547	0,968	6,701
Para la cohorte IMPDEL = No	0,833	0,729	0,951
N de casos válidos	210		

Tabla IV.3.140



Las pacientes que puntúan positivo en el rasgo límite tienen una mayor probabilidad de puntuar positivamente en ineffectividad y baja autoestima que las que no puntúan en ese rasgo ($\chi^2 = 10,604$, $p = 0,001$). Más específicamente, el riesgo de puntuar en ineffectividad y baja autoestima en pacientes límites está comprendido entre 1,831 y 102,913 veces más que en el caso de las pacientes del grupo no límite (ver tabla IV.3.142 y gráfico).

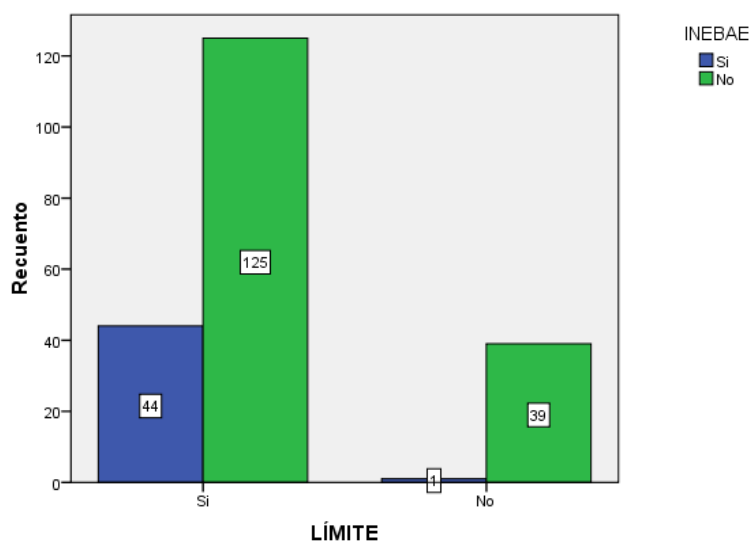
Tabla de contingencia LÍMITE * INEBAE			INEBAE		
			Si	No	Total
LÍMITE	Si	Recuento	44	125	169
		Frecuencia esperada	36,4	132,6	169
		% dentro de INEBAE	97,80%	76,20%	80,90%
	No	Recuento	1	39	40
		Frecuencia esperada	8,6	31,4	40
		% dentro de INEBAE	2,20%	23,80%	19,10%
Total	Recuento		45	164	209
	Frecuencia esperada		45	164	209
	% dentro de INEBAE		100,00%	100,00%	100,00%

Tabla IV.3.141

Estimación de riesgo	Intervalo de confianza al 95%		
	Valor	Inferior	Superior
Razón de las ventajas para LÍMITE (Si / No)	13,728	1,831	102,913
Para la cohorte INEBAE = Si	10,414	1,479	73,339
Para la cohorte INEBAE = No	0,759	0,685	0,84
N de casos válidos	209		

Tabla IV.3.142

Gráfico de barras



Las pacientes que puntúan positivo en el rasgo límite tienen una mayor probabilidad de puntuar positivamente en conciencia interoceptiva que las que no puntúan en ese rasgo ($\chi^2=9,340$, $p = 0,002$). Más específicamente, el riesgo de puntuar en conciencia interoceptiva en pacientes límites está comprendido entre 1,692 y 31,427 veces más que en el caso de las pacientes del grupo no límite (ver tabla IV.3.144 y gráfico).

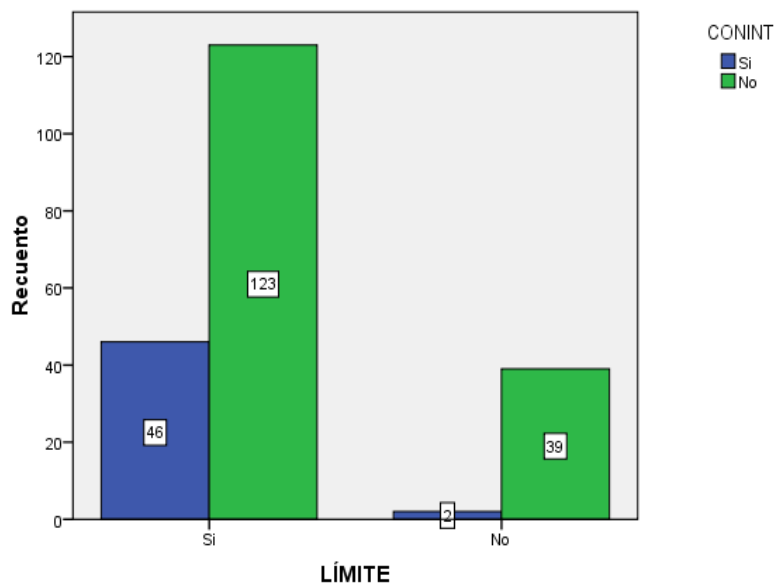
Tabla de contingencia LÍMITE * CONINT			CONINT		
			Si	No	Total
LÍMITE	Si	Recuento	46	123	169
		Frecuencia esperada	38,6	130,4	169
		% dentro de CONINT	95,80%	75,90%	80,50%
	No	Recuento	2	39	41
		Frecuencia esperada	9,4	31,6	41
		% dentro de CONINT	4,20%	24,10%	19,50%
Total	Total	Recuento	48	162	210
		Frecuencia esperada	48	162	210
		% dentro de CONINT	100,00%	100,00%	100,00%

Tabla IV.3.143

Estimación de riesgo	Intervalo de confianza al 95%		
	Valor	Inferior	Superior
Razón de las ventajas para LÍMITE (Si / No)	7,293	1,692	31,427
Para la cohorte CONINT = Si	5,58	1,412	22,046
Para la cohorte CONINT = No	0,765	0,682	0,859
N de casos válidos	210		

Tabla IV.3.144

Gráfico de barras



Las pacientes que puntúan positivo en el rasgo límite tienen una mayor probabilidad de puntuar positivamente en desconfianza interpersonal que las que no puntúan en ese rasgo ($\chi^2 = 5,269$, $p = 0,022$). Más específicamente, el riesgo de puntuar en desconfianza interpersonal en pacientes límites está comprendido entre 1,135 y 9,982 veces más que en el caso de las pacientes del grupo no límite (ver tabla IV.3.146 y gráfico).

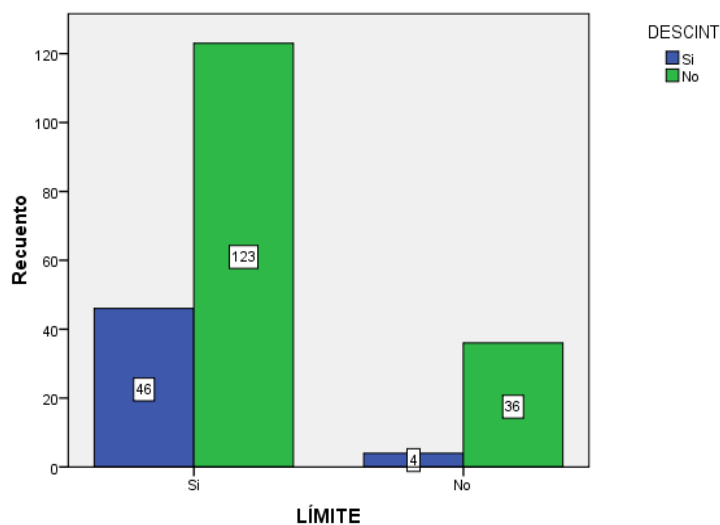
Tabla de contingencia LÍMITE * DESCINT		DESCINT			
		Si	No	Total	
LÍMITE	Si	Recuento	46	123	169
		Frecuencia esperada	40,4	128,6	169
		% dentro de DESCINT	92,00%	77,40%	80,90%
	No	Recuento	4	36	40
		Frecuencia esperada	9,6	30,4	40
		% dentro de DESCINT	8,00%	22,60%	19,10%
Total	Recuento	50	159	209	
	Frecuencia esperada	50	159	209	
	% dentro de DESCINT	100,00%	100,00%	100,00%	

Tabla IV.3.145

Estimación de riesgo	Intervalo de confianza al 95%		
	Valor	Inferior	Superior
Razón de las ventajas para LÍMITE (Si / No)	3,366	1,135	9,982
Para la cohorte DESCINT = Si	2,722	1,04	7,122
Para la cohorte DESCINT = No	0,809	0,704	0,929
N de casos válidos	209		

Tabla IV.3.146

Gráfico de barras



Las pacientes que puntúan positivo en el rasgo límite tienen una mayor probabilidad de puntuar positivamente en perfeccionismo que las que no puntúan en ese rasgo ($\chi^2 = 6,390$, $p = 0,011$). Más específicamente, el riesgo de puntuar en perfeccionismo en pacientes límites está comprendido entre 1,271 y 23,900 veces más que en el caso de las pacientes del grupo no límite (ver tabla IV.3.148 y gráfico).

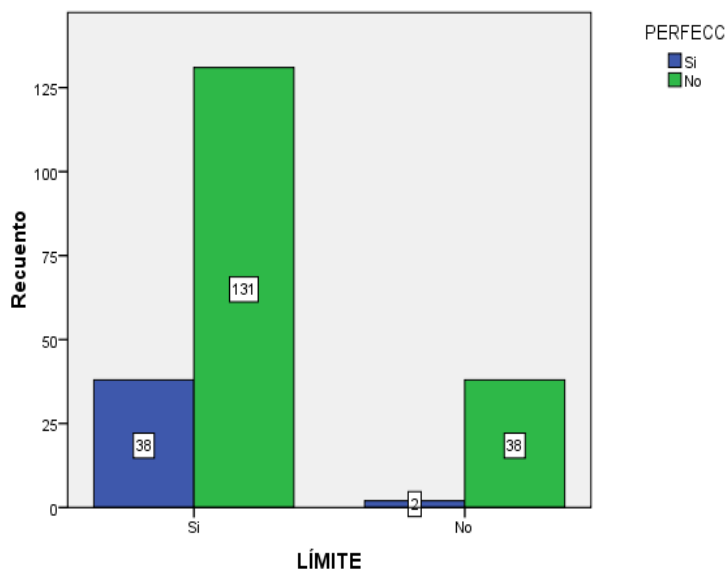
Tabla de contingencia LÍMITE * PERFECC			PERFECC		
			Si	No	Total
LÍMITE	Si	Recuento	38	131	169
		Frecuencia esperada	32,3	136,7	169
		% dentro de PERFECC	95,00%	77,50%	80,90%
	No	Recuento	2	38	40
		Frecuencia esperada	7,7	32,3	40
		% dentro de PERFECC	5,00%	22,50%	19,10%
Total	Recuento		40	169	209
	Frecuencia esperada		40	169	209
	% dentro de PERFECC		100,00%	100,00%	100,00%

Tabla IV.3.147

Estimación de riesgo	Intervalo de confianza al 95%		
	Valor	Inferior	Superior
Razón de las ventajas para LÍMITE (Si / No)	5,511	1,271	23,900
Para la cohorte PERFECC = Si	4,497	1,132	17,867
Para la cohorte PERFECC = No	0,816	0,732	0,909
N de casos válidos	209		

Tabla IV.3.148

Gráfico de barras



Las pacientes que puntúan positivo en el rasgo límite tienen una mayor probabilidad de puntuar positivamente en miedo a madurar que las que no puntúan en ese rasgo ($\chi^2 = 10,065$, $p = 0,002$). Más específicamente, el riesgo de puntuar en miedo a madurar en pacientes límites está comprendido entre 1,797 y 33,302 veces más que en el caso de las pacientes del grupo no límite (ver tabla IV.3.150 y gráfico).

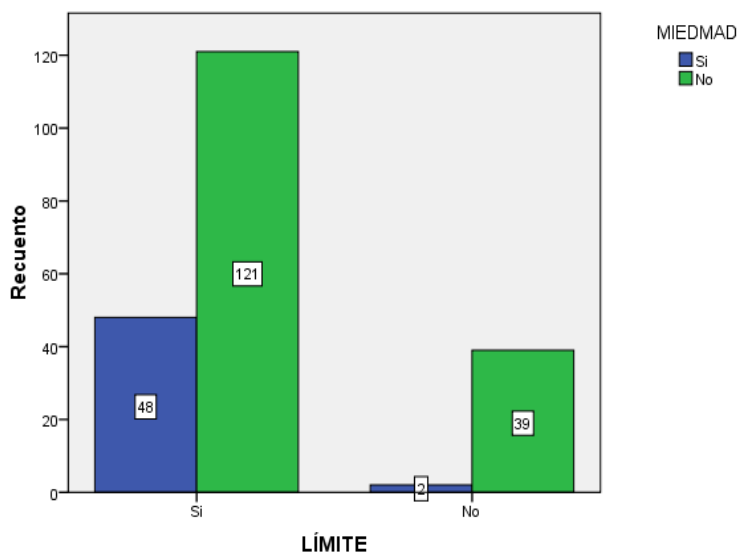
Tabla de contingencia LÍMITE * MIEDMAD			MIEDMAD		
			Si	No	Total
LÍMITE	Si	Recuento	48	121	169
		Frecuencia esperada	40,2	128,8	169
		% dentro de MIEDMAD	96,00%	75,60%	80,50%
	No	Recuento	2	39	41
		Frecuencia esperada	9,8	31,2	41
		% dentro de MIEDMAD	4,00%	24,40%	19,50%
Total	Total	Recuento	50	160	210
		Frecuencia esperada	50	160	210
		% dentro de MIEDMAD	100,00%	100,00%	100,00%

Tabla IV.3.149

Estimación de riesgo	Intervalo de confianza al 95%		
	Valor	Inferior	Superior
Razón de las ventajas para LÍMITE (Si / No)	7,736	1,797	33,302
Para la cohorte MIEDMAD = Si	5,822	1,476	22,976
Para la cohorte MIEDMAD = No	0,753	0,669	0,847
N de casos válidos	210		

Tabla IV.3.150

Gráfico de barras



OBSESIVO

Las pacientes que puntúan positivo en el rasgo obsesivo tienen una mayor probabilidad de puntuar positivamente en el Test de actitudes ante la alimentación que las que no puntúan en ese rasgo ($\chi^2 = 6,336$, $p = 0,012$). Más específicamente, el riesgo de puntuar en el Test de actitudes ante la alimentación en pacientes obsesivos está comprendido entre 1,207 y 5,109 veces más que en el caso de las pacientes del grupo no obsesivo (ver tabla IV.3.152 y gráfico).

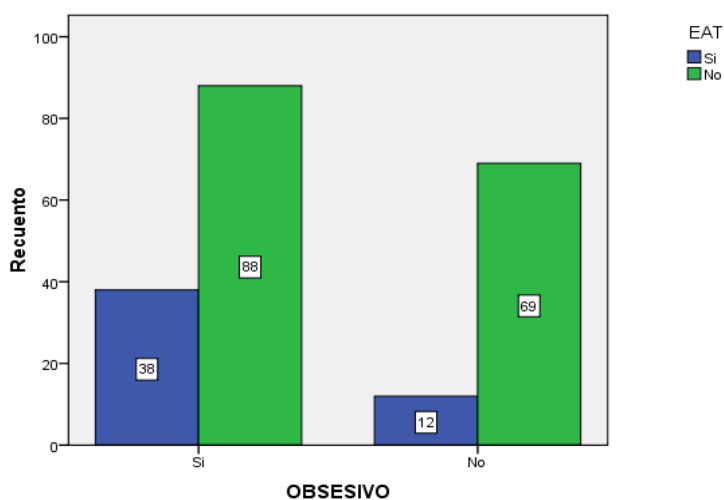
Tabla de contingencia obsesivo * EAT			EAT		
			Si	No	Total
obsesivo	Si	Recuento	38	88	126
		Frecuencia esperada	30,4	95,6	126
		% dentro de EAT	76,00%	56,10%	60,90%
	No	Recuento	12	69	81
		Frecuencia esperada	19,6	61,4	81
		% dentro de EAT	24,00%	43,90%	39,10%
Total		Recuento	50	157	207
		Frecuencia esperada	50	157	207
		% dentro de EAT	100,00%	100,00%	100,00%

Tabla IV.3.151

Estimación de riesgo	Intervalo de confianza al 95%		
	Valor	Inferior	Superior
Razón de las ventajas para obsesivo (Si / No)	2,483	1,207	5,109
Para la cohorte EAT = Si	2,036	1,133	3,657
Para la cohorte EAT = No	0,82	0,708	0,949
N de casos válidos	207		

Tabla IV.3.152

Gráfico de barras



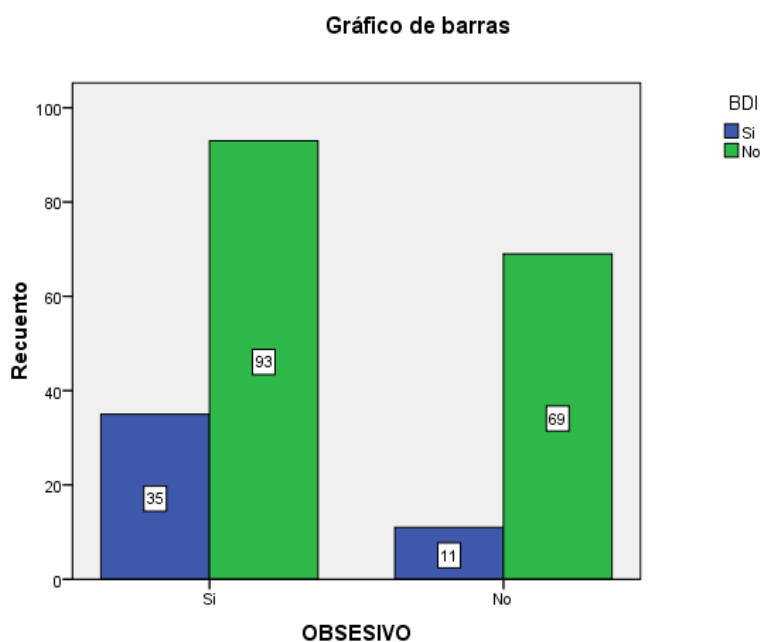
Las pacientes que puntúan positivo en el rasgo obsesivo tienen una mayor probabilidad de puntuar positivamente en depresión que las que no puntúan en ese rasgo ($\chi^2=5,282$, $p = 0,022$). Más específicamente, el riesgo de puntuar en depresión en pacientes obsesivos está comprendido entre 1,120 y 4,976 veces más que en el caso de las pacientes del grupo no obsesivo (ver tabla IV.3.154 y gráfico).

Tabla de contingencia OBSESIVO * BDI			BDI		
			Si	No	Total
OBSESIVO	Si	Recuento	35	93	128
		Frecuencia esperada	28,3	99,7	128
		% dentro de BDI	76,10%	57,40%	61,50%
	No	Recuento	11	69	80
		Frecuencia esperada	17,7	62,3	80
		% dentro de BDI	23,90%	42,60%	38,50%
Total	Recuento		46	162	208
	Frecuencia esperada		46	162	208
	% dentro de BDI		100,00%	100,00%	100,00%

Tabla IV.3.153

Estimación de riesgo	Intervalo de confianza al 95%		
	Valor	Inferior	Superior
Razón de las ventajas para OBSESIVO (Si /No)	2,361	1,120	4,976
Para la cohorte BDI = Si	1,989	1,073	3,686
Para la cohorte BDI = No	0,842	0,734	0,967
N de casos válidos	208		

Tabla IV.3.154



Las pacientes que puntúan negativo en el rasgo obsesivo tienen una mayor probabilidad de puntuar positivamente en impulsividad no planeada que las que puntúan en ese rasgo ($\chi^2=5,707$, $p = 0,017$). Más específicamente, el riesgo de puntuar en impulsividad no planeada en pacientes no obsesivos está comprendido entre 1,023 y 1,446 veces más que en el caso de las pacientes del grupo obsesivo (ver tabla IV.3.156 y gráfico).

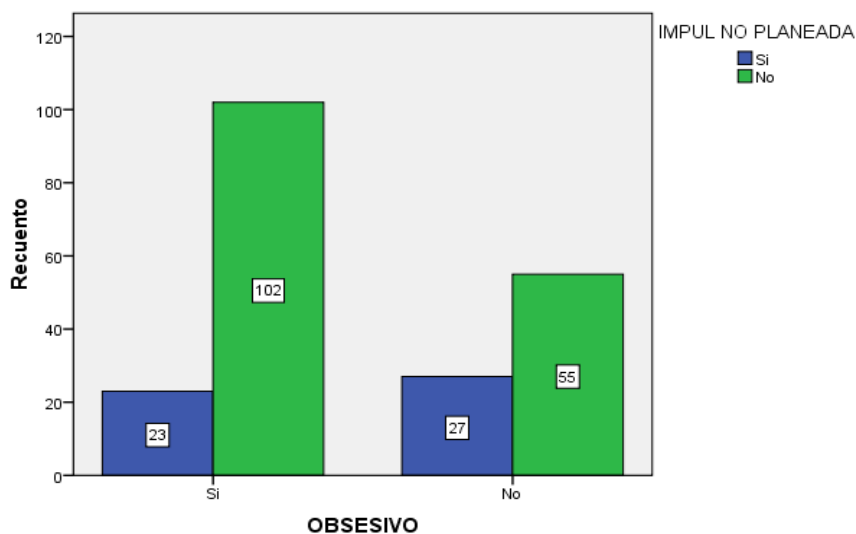
Tabla de contingencia OBSESIVO * IMPUL NO PLANEADA			IMPUL NO PLANEADA		
			Si	No	Total
OBSESIVO	Si	Recuento	23	102	125
		Frecuencia esperada	30,2	94,8	125
		% dentro de IMPUL NO PLANEADA	46,00%	65,00%	60,40%
	No	Recuento	27	55	82
		Frecuencia esperada	19,8	62,2	82
		% dentro de IMPUL NO PLANEADA	54,00%	35,00%	39,60%
Total	Recuento	50	157	207	
	Frecuencia esperada	50	157	207	
	% dentro de IMPUL NO PLANEADA	100,00%	100,00%	100,00%	

Tabla IV.3.155

Estimación de riesgo	Intervalo de confianza al 95%		
	Valor	Inferior	Superior
Razón de las ventajas para OBSESIVO (Si / No)	0,459	0,241	0,876
Para la cohorte IMPUL NO PLANEADA = Si	0,559	0,345	0,904
Para la cohorte IMPUL NO PLANEADA = No	1,217	1,023	1,446
N de casos válidos	207		

Tabla IV.3.156

Gráfico de barras



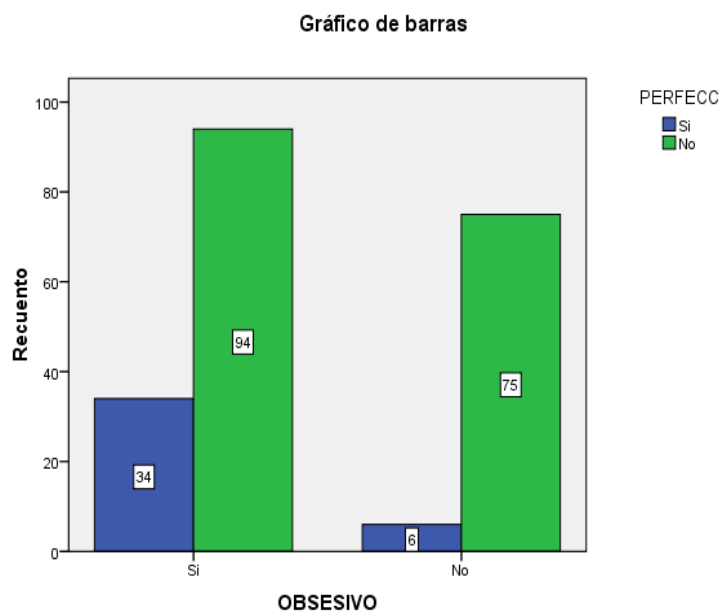
Las pacientes que puntúan positivo en el rasgo obsesivo tienen una mayor probabilidad de puntuar positivamente en perfeccionismo que las que no puntúan en ese rasgo ($\chi^2 = 11,762$, $p = 0,001$). Más específicamente, el riesgo de puntuar en perfeccionismo en pacientes obsesivos está comprendido entre 1,803 y 11,338 veces más que en el caso de las pacientes del grupo no obsesivo (ver tabla IV.3.158 y gráfico).

Tabla de contingencia OBSESIVO * PERFECC			PERFECC		
			Si	No	Total
OBSESIVO	Si	Recuento	34	94	128
		Frecuencia esperada	24,5	103,5	128
		% dentro de PERFECC	85,00%	55,60%	61,20%
	No	Recuento	6	75	81
		Frecuencia esperada	15,5	65,5	81
		% dentro de PERFECC	15,00%	44,40%	38,80%
Total		Recuento	40	169	209
		Frecuencia esperada	40	169	209
		% dentro de PERFECC	100,00%	100,00%	100,00%

Tabla IV.3.157

Estimación de riesgo	Intervalo de confianza al 95%		
	Valor	Inferior	Superior
Razón de las ventajas para OBSESIVO (Si / No)	4,521	1,803	11,338
Para la cohorte PERFECC = Si	3,586	1,576	8,159
Para la cohorte PERFECC = No	0,793	0,703	0,895
N de casos válidos	209		

Tabla IV.3.158



Las pacientes que puntúan negativo en el rasgo obsesivo tienen una mayor probabilidad de puntuar positivamente en mantenimiento que las que puntúan en ese rasgo ($\chi^2 = 8,930$, $p = 0,003$). Más específicamente, el riesgo de puntuar en mantenimiento en pacientes no obsesivos está comprendido entre 1,070 y 1,521 veces más que en el caso de las pacientes del grupo obsesivo (ver tabla IV.3.160 y gráfico).

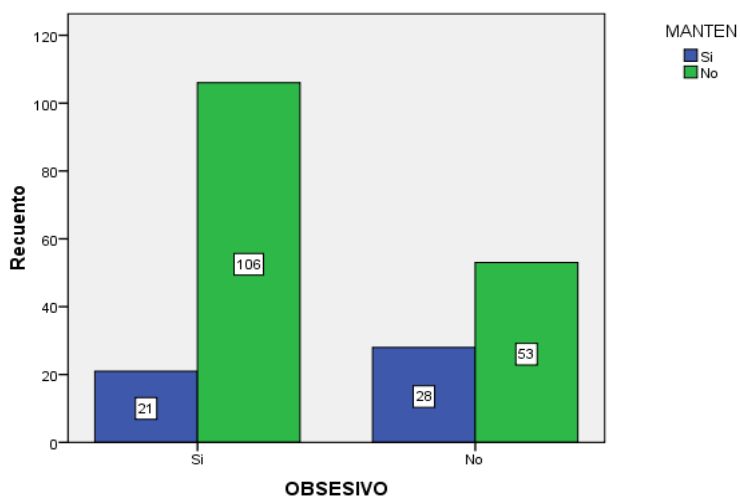
Tabla de contingencia OBSESIVO * MANTEN			MANTEN		
			Si	No	Total
OBSESIVO	Si	Recuento	21	106	127
		Frecuencia esperada	29,9	97,1	127
		% dentro de MANTEN	42,90%	66,70%	61,10%
	No	Recuento	28	53	81
		Frecuencia esperada	19,1	61,9	81
		% dentro de MANTEN	57,10%	33,30%	38,90%
Total		Recuento	49	159	208
		Frecuencia esperada	49	159	208
		% dentro de MANTEN	100,00%	100,00%	100,00%

Tabla IV.3.159

Estimación de riesgo	Intervalo de confianza al 95%		
	Valor	Inferior	Superior
Razón de las ventajas para OBSESIVO (Si / No)	0,375	0,195	0,722
Para la cohorte MANTEN = Si	0,478	0,292	0,783
Para la cohorte MANTEN = No	1,276	1,070	1,521
N de casos válidos	208		

Tabla IV.3.160

Gráfico de barras



DEPENDIENTE

Las pacientes que puntúan positivo en el rasgo dependiente tienen una mayor probabilidad de puntuar positivamente en depresión que las que no puntúan en ese rasgo ($\chi^2=14,975$, $p = 0,000$). Más específicamente, el riesgo de puntuar en depresión en pacientes dependientes está comprendido entre 1,902 y 7,945 veces más que en el caso de las pacientes del grupo no dependiente (ver tabla IV.3.162 y gráfico).

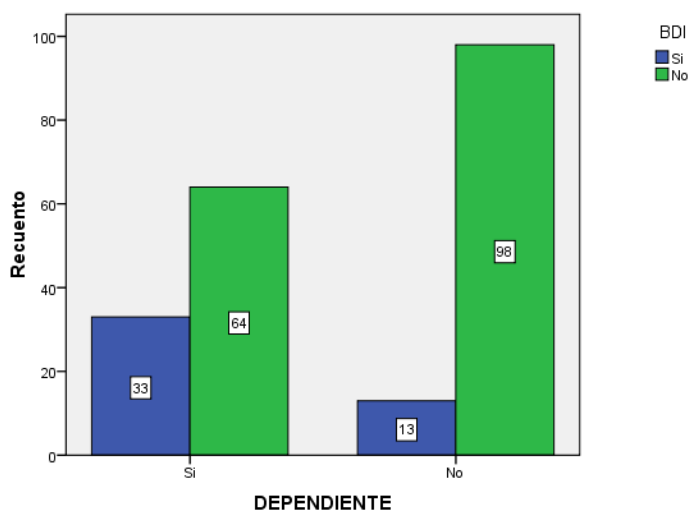
Tabla de contingencia DEPENDIENTE * BDI			BDI		
			Si	No	Total
DEPENDIENTE	Si	Recuento	33	64	97
		Frecuencia esperada	21,5	75,5	97
		% dentro de BDI	71,70%	39,50%	46,60%
	No	Recuento	13	98	111
		Frecuencia esperada	24,5	86,5	111
		% dentro de BDI	28,30%	60,50%	53,40%
Total	Recuento		46	162	208
	Frecuencia esperada		46	162	208
	% dentro de BDI		100,00%	100,00%	100,00%

Tabla IV.3.161

Estimación de riesgo	Intervalo de confianza al 95%		
	Valor	Inferior	Superior
Razón de las ventajas para DEPENDIENTE (Si / No)	3,887	1,902	7,945
Para la cohorte BDI = Si	2,905	1,625	5,194
Para la cohorte BDI = No	0,747	0,638	0,875
N de casos válidos	208		

Tabla IV.3.162

Gráfico de barras



Las pacientes que puntúan positivo en el rasgo dependiente tienen una mayor probabilidad de puntuar positivamente en ansiedad como rasgo que las que no puntúan en ese rasgo ($\chi^2=6,880$, $p = 0,009$). Más específicamente, el riesgo de puntuar en ansiedad como rasgo en pacientes dependientes está comprendido entre 1,241 y 4,875 veces más que en el caso de las pacientes del grupo no dependiente (ver tabla IV.3.164 y gráfico).

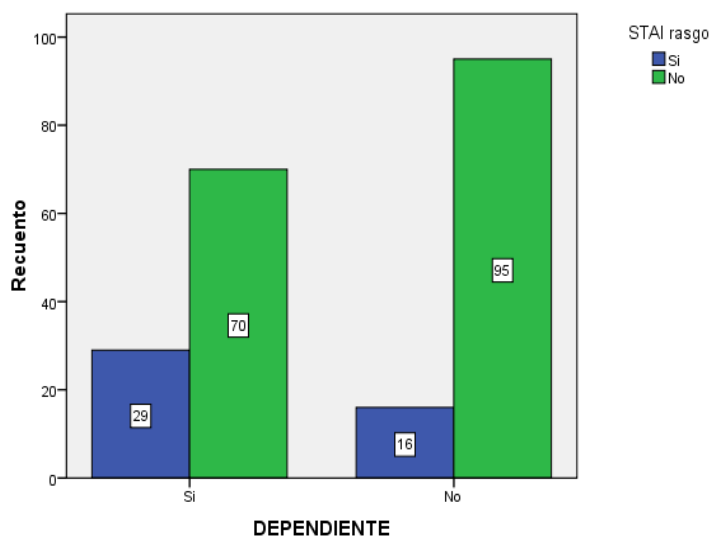
Tabla de contingencia DEPENDIENTE * STAI rasgo			STAI rasgo		
			Si	No	Total
DEPENDIENTE	Si	Recuento	29	70	99
		Frecuencia esperada	21,2	77,8	99
		% dentro de STAI rasgo	64,40%	42,40%	47,10%
	No	Recuento	16	95	111
		Frecuencia esperada	23,8	87,2	111
		% dentro de STAI rasgo	35,60%	57,60%	52,90%
Total		Recuento	45	165	210
		Frecuencia esperada	45	165	210
		% dentro de STAI rasgo	100,00%	100,00%	100,00%

Tabla IV.3.163

Estimación de riesgo	Intervalo de confianza al 95%		
	Valor	Inferior	Superior
Razón de las ventajas para DEPENDIENTE (Si / No)	2,46	1,241	4,875
Para la cohorte STAI rasgo = Si	2,032	1,176	3,512
Para la cohorte STAI rasgo = No	0,826	0,713	0,958
N de casos válidos	210		

Tabla IV.3.164

Gráfico de barras



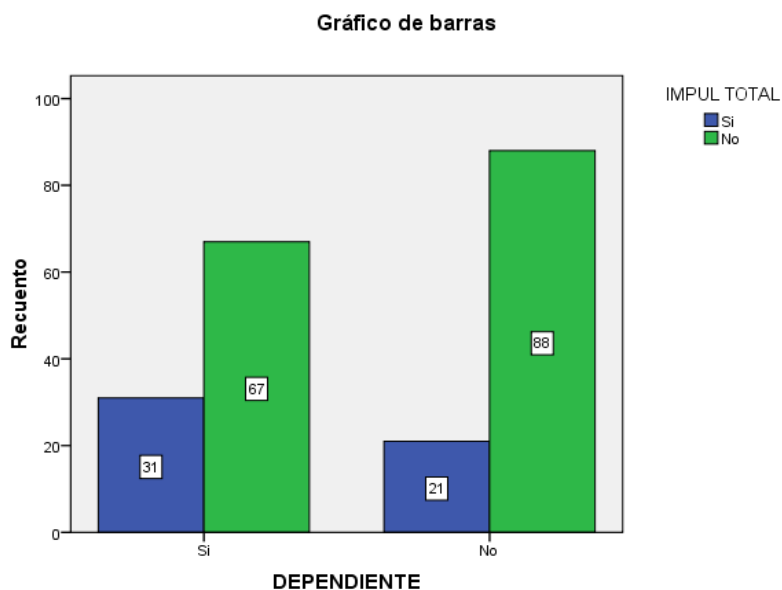
Las pacientes que puntúan positivo en el rasgo dependiente tienen una mayor probabilidad de puntuar positivamente en impulsividad total que las que no puntúan en ese rasgo ($\chi^2 = 4,196$, $p = 0,041$). Más específicamente, el riesgo de puntuar en impulsividad total en pacientes dependientes está comprendido entre 1,024 y 3,672 veces más que en el caso de las pacientes del grupo no dependiente (ver tabla IV.3.166 y gráfico).

Tabla de contingencia DEPENDIENTE * IMPUL TOTAL		IMPUL TOTAL			
		Si	No	Total	
DEPENDIENTE	Si	Recuento	31	67	98
		Frecuencia esperada	24,6	73,4	98
		% dentro de IMPUL TOTAL	59,60%	43,20%	47,30%
	No	Recuento	21	88	109
		Frecuencia esperada	27,4	81,6	109
		% dentro de IMPUL TOTAL	40,40%	56,80%	52,70%
Total	Recuento	52	155	207	
	Frecuencia esperada	52	155	207	
	% dentro de IMPUL TOTAL	100,00%	100,00%	100,00%	

Tabla IV.3.165

Estimación de riesgo	Intervalo de confianza al 95%		
	Valor	Inferior	Superior
Razón de las ventajas para DEPENDIENTE (Si /No)	1,939	1,024	3,672
Para la cohorte IMPUL TOTAL = Si	1,642	1,014	2,659
Para la cohorte IMPUL TOTAL = No	0,847	0,72	0,997
N de casos válidos	207		

Tabla IV.3.166



Las pacientes que puntúan positivo en el rasgo dependiente tienen una mayor probabilidad de puntuar positivamente en impulsividad cognitiva que las que no puntúan en ese rasgo ($\chi^2=5,106$, $p = 0,024$). Más específicamente, el riesgo de puntuar en impulsividad cognitiva en pacientes dependientes está comprendido entre 1,099 y 4,265 veces más que en el caso de las pacientes del grupo no dependiente (ver tabla IV.3.168 y gráfico).

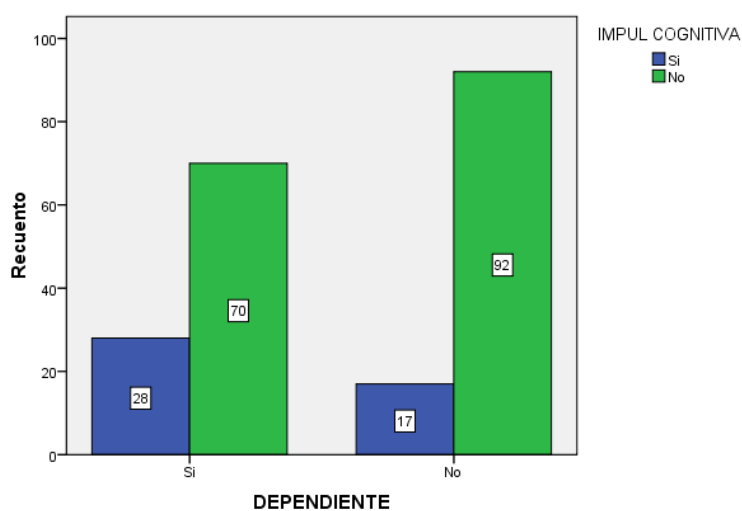
Tabla de contingencia DEPENDIENTE * IMPUL COGNITIVA			IMPUL COGNITIVA		
			Si	No	Total
DEPENDIENTE	Si	Recuento	28	70	98
		Frecuencia esperada	21,3	76,7	98
		% dentro de IMPUL COGNITIVA	62,20%	43,20%	47,30%
	No	Recuento	17	92	109
		Frecuencia esperada	23,7	85,3	109
		% dentro de IMPUL COGNITIVA	37,80%	56,80%	52,70%
Total	Recuento	45	162	207	
	Frecuencia esperada	45	162	207	
	% dentro de IMPUL COGNITIVA	100,00%	100,00%	100,00%	

Tabla IV.3.167

Estimación de riesgo	Intervalo de confianza al 95%		
	Valor	Inferior	Superior
Razón de las ventajas para DEPENDIENTE (Si /No)	2,165	1,099	4,265
Para la cohorte IMPUL COGNITIVA = Si	1,832	1,07	3,135
Para la cohorte IMPUL COGNITIVA = No	0,846	0,729	0,982
N de casos válidos	207		

Tabla IV.3.168

Gráfico de barras



Las pacientes que puntúan positivo en el rasgo dependiente tienen una mayor probabilidad de puntuar positivamente en impulsividad no planeada que las que no puntúan en ese rasgo ($\chi^2=7,337$, $p = 0,007$). Más específicamente, el riesgo de puntuar en impulsividad no planeada en pacientes dependientes está comprendido entre 1,269 y 4,736 veces más que en el caso de las pacientes del grupo no dependiente (ver tabla IV.3.170 y gráfico).

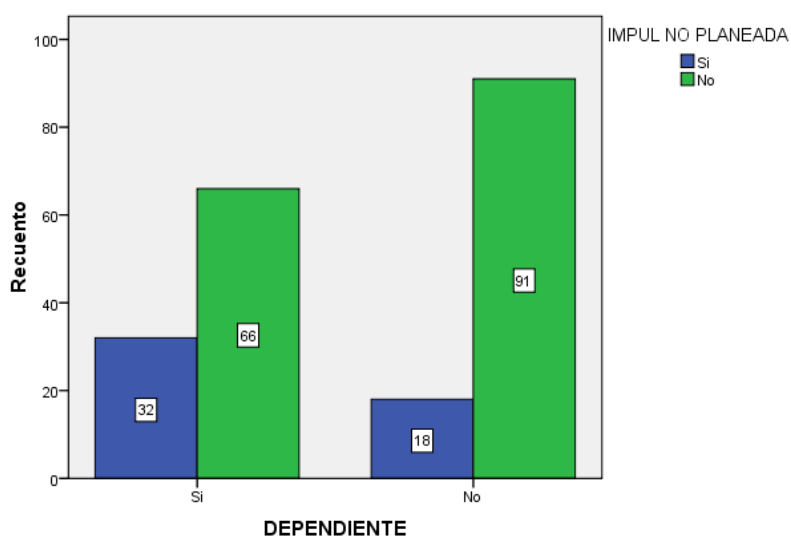
Tabla de contingencia DEPENDIENTE * IMPUL NO PLANEADA			IMPUL NO PLANEADA		
			Si	No	Total
DEPENDIENTE	Si	Recuento	32	66	98
		Frecuencia esperada	23,7	74,3	98
		% dentro de IMPUL NO PLANEADA	64,00%	42,00%	47,30%
	No	Recuento	18	91	109
		Frecuencia esperada	26,3	82,7	109
		% dentro de IMPUL NO PLANEADA	36,00%	58,00%	52,70%
Total	Recuento	50	157	207	
	Frecuencia esperada	50	157	207	
	% dentro de IMPUL NO PLANEADA	100,00%	100,00%	100,00%	

Tabla IV.3.169

Estimación de riesgo	Intervalo de confianza al 95%		
	Valor	Inferior	Superior
Razón de las ventajas para DEPENDIENTE (Si /No)	2,451	1,269	4,736
Para la cohorte IMPUL NO PLANEADA = Si	1,977	1,189	3,289
Para la cohorte IMPUL NO PLANEADA = No	0,807	0,687	0,948
N de casos válidos	207		

Tabla IV.3.170

Gráfico de barras



Las pacientes que puntúan positivo en el rasgo dependiente tienen una mayor probabilidad de puntuar positivamente en la etapa precontemplativa que las que no puntúan en ese rasgo ($\chi^2=8,938$, $p = 0,003$). Más específicamente, el riesgo de puntuar en la etapa precontemplativa en pacientes dependientes está comprendido entre 1,391 y 5,262 veces más que en el caso de las pacientes del grupo no dependiente (ver tabla IV.3.172 y gráfico).

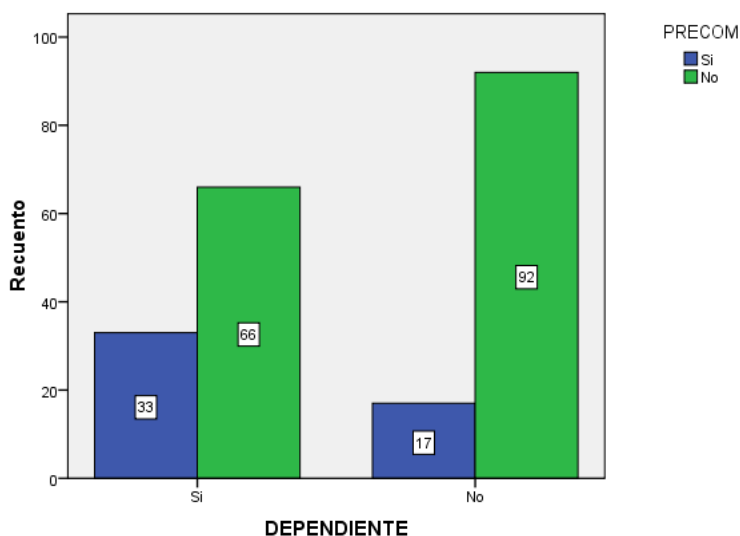
Tabla de contingencia DEPENDIENTE * PRECON			PRECON		
			Si	No	Total
DEPENDIENTE	Si	Recuento	33	66	99
		Frecuencia esperada	23,8	75,2	99
		% dentro de PRECON	66,00%	41,80%	47,60%
	No	Recuento	17	92	109
		Frecuencia esperada	26,2	82,8	109
		% dentro de PRECON	34,00%	58,20%	52,40%
Total	Total	Recuento	50	158	208
		Frecuencia esperada	50	158	208
		% dentro de PRECON	100,00%	100,00%	100,00%

Tabla IV.3.171

Estimación de riesgo	Intervalo de confianza al 95%		
	Valor	Inferior	Superior
Razón de las ventajas para DEPENDIENTE (Si / No)	2,706	1,391	5,262
Para la cohorte PRECON = Si	2,137	1,273	3,588
Para la cohorte PRECON = No	0,79	0,672	0,928
N de casos válidos	208		

Tabla IV.3.172

Gráfico de barras



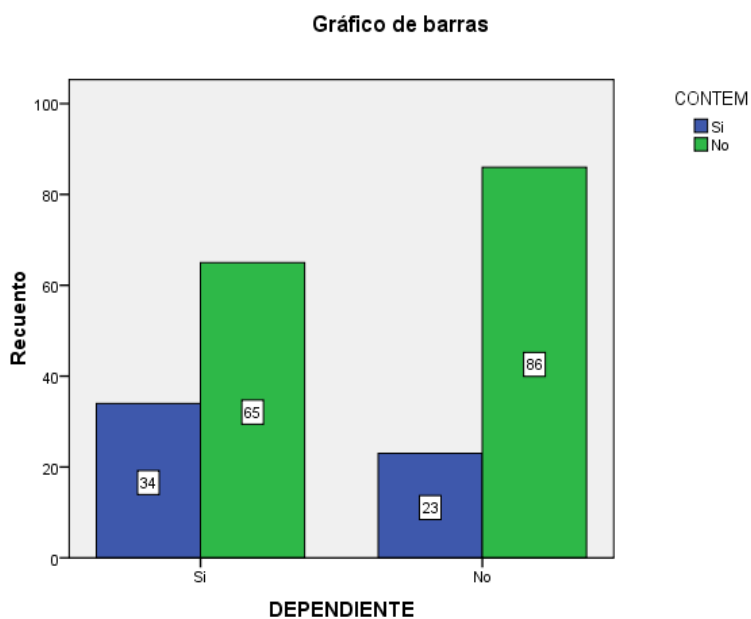
Las pacientes que puntúan positivo en el rasgo dependiente tienen una mayor probabilidad de puntuar positivamente en la etapa contemplativa que las que no puntúan en ese rasgo ($\chi^2=4,573$, $p = 0,032$). Más específicamente, el riesgo de puntuar en la etapa contemplativa en pacientes dependientes está comprendido entre 1,053 y 3,634 veces más que en el caso de las pacientes del grupo no dependiente (ver tabla IV.3.174 y gráfico).

Tabla de contingencia DEPENDIENTE * CONTEM			CONTEM		
			Si	No	Total
DEPENDIENTE	Si	Recuento	34	65	99
		Frecuencia esperada	27,1	71,9	99
		% dentro de CONTEM	59,60%	43,00%	47,60%
	No	Recuento	23	86	109
		Frecuencia esperada	29,9	79,1	109
		% dentro de CONTEM	40,40%	57,00%	52,40%
Total	Recuento	57	151	208	
	Frecuencia esperada	57	151	208	
	% dentro de CONTEM	100,00%	100,00%	100,00%	

Tabla IV.3.173

Estimación de riesgo	Intervalo de confianza al 95%		
	Valor	Inferior	Superior
Razón de las ventajas para DEPENDIENTE (Si / No)	1,956	1,053	3,634
Para la cohorte CONTEM = Si	1,628	1,034	2,562
Para la cohorte CONTEM = No	0,832	0,7	0,989
N de casos válidos	208		

Tabla IV.3.174



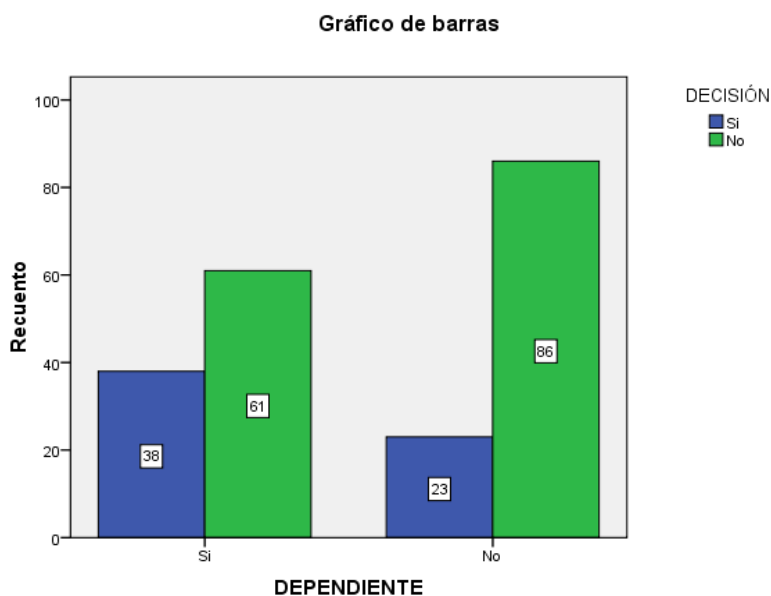
Las pacientes que puntúan positivo en el rasgo dependiente tienen una mayor probabilidad de puntuar positivamente en la etapa de decisión que las que no puntúan en ese rasgo ($\chi^2=7,477$, $p = 0,006$). Más específicamente, el riesgo de puntuar en la etapa de decisión en pacientes dependientes está comprendido entre 1,262 y 4,300 veces más que en el caso de las pacientes del grupo no dependiente (ver tabla IV.3.1756 y gráfico).

Tabla de contingencia DEPENDIENTE * DECISIÓN			DECISIÓN		
			Si	No	Total
DEPENDIENTE	Si	Recuento	38	61	99
		Frecuencia esperada	29	70	99
		% dentro de DECISIÓN	62,30%	41,50%	47,60%
	No	Recuento	23	86	109
		Frecuencia esperada	32	77	109
		% dentro de DECISIÓN	37,70%	58,50%	52,40%
Total	Recuento		61	147	208
	Frecuencia esperada		61	147	208
	% dentro de DECISIÓN		100,00%	100,00%	100,00%

Tabla IV.3.175

Estimación de riesgo	Intervalo de confianza al 95%		
	Valor	Inferior	Superior
Razón de las ventajas para DEPENDIENTE (Si / No)	2,329	1,262	4,300
Para la cohorte DECISIÓN = Si	1,819	1,171	2,826
Para la cohorte DECISIÓN = No	0,781	0,65	0,938
N de casos válidos	208		

Tabla IV.3.176



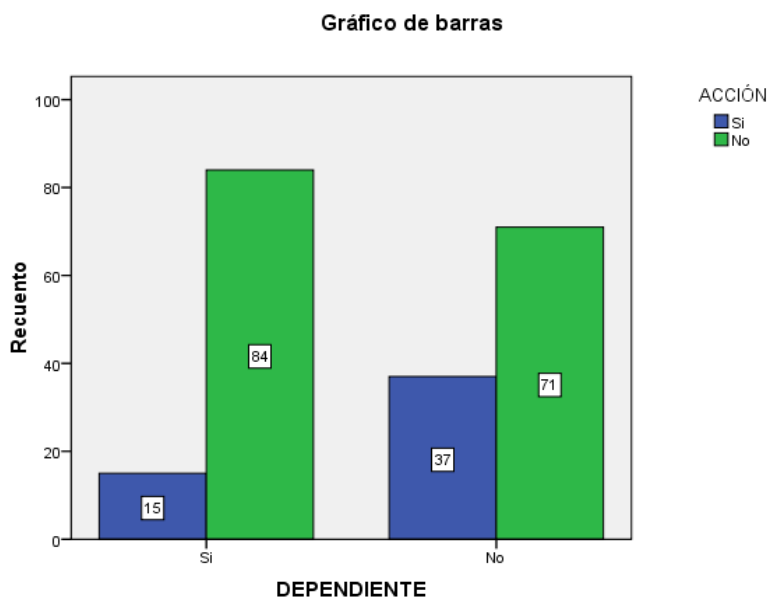
Las pacientes que puntúan negativo en el rasgo dependiente tienen una mayor probabilidad de puntuar positivamente en la etapa de acción que las que puntúan en ese rasgo ($\chi^2=10,026$, $p = 0,002$). Más específicamente, el riesgo de puntuar en la etapa de acción en pacientes no dependientes está comprendido entre 1,100 y 1,514 veces más que en el caso de las pacientes del grupo dependiente (ver tabla IV.3.178 y gráfico).

Tabla de contingencia DEPENDIENTE * ACCIÓN			ACCIÓN		
			Sí	No	Total
DEPENDIENTE	Si	Recuento	15	84	99
		Frecuencia esperada	24,9	74,1	99
		% dentro de ACCIÓN	28,80%	54,20%	47,80%
	No	Recuento	37	71	108
		Frecuencia esperada	27,1	80,9	108
		% dentro de ACCIÓN	71,20%	45,80%	52,20%
Total	Recuento	52	155	207	
	Frecuencia esperada	52	155	207	
	% dentro de ACCIÓN	100,00%	100,00%	100,00%	

Tabla IV.3.177

Estimación de riesgo	Intervalo de confianza al 95%		
	Valor	Inferior	Superior
Razón de las ventajas para DEPENDIENTE (Si / No)	0,343	0,174	0,675
Para la cohorte ACCIÓN = Si	0,442	0,259	0,755
Para la cohorte ACCIÓN = No	1,291	1,100	1,514
N de casos válidos	207		

Tabla IV.3.178



Las pacientes que puntúan positivo en el rasgo dependiente tienen una mayor probabilidad de puntuar positivamente en ineffectividad y baja autoestima que las que no puntúan en ese rasgo ($\chi^2 = 10,653$, $p = 0,001$). Más específicamente, el riesgo de puntuar en ineffectividad y baja autoestima en pacientes dependientes está comprendido entre 1,547 y 6,317 veces más que en el caso de las pacientes del grupo no dependiente (ver tabla IV.3.180 y gráfico).

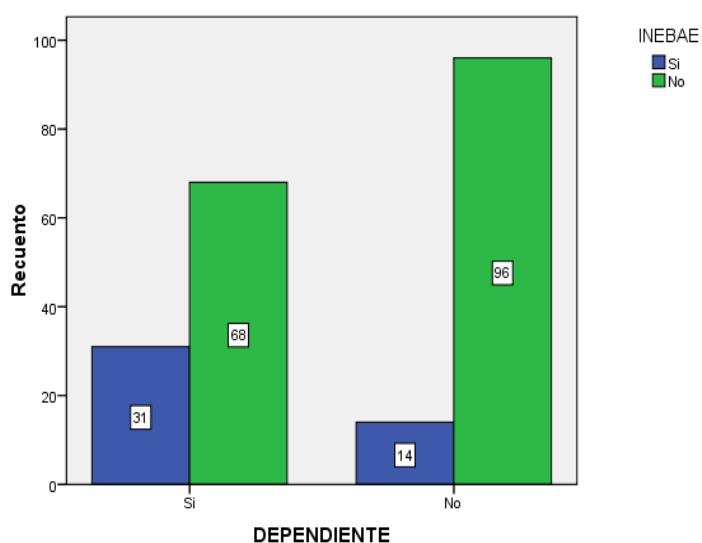
Tabla de contingencia DEPENDIENTE * INEBAE			INEBAE		
			Si	No	Total
DEPENDIENTE	Si	Recuento	31	68	99
		Frecuencia esperada	21,3	77,7	99
		% dentro de INEBAE	68,90%	41,50%	47,40%
	No	Recuento	14	96	110
		Frecuencia esperada	23,7	86,3	110
		% dentro de INEBAE	31,10%	58,50%	52,60%
Total	Recuento	45	164	209	
	Frecuencia esperada	45	164	209	
	% dentro de INEBAE	100,00%	100,00%	100,00%	

Tabla IV.3.179

Estimación de riesgo	Intervalo de confianza al 95%		
	Valor	Inferior	Superior
Razón de las ventajas para DEPENDIENTE (Si / No)	3,126	1,547	6,317
Para la cohorte INEBAE = Si	2,46	1,392	4,349
Para la cohorte INEBAE = No	0,787	0,677	0,915
N de casos válidos	209		

Tabla IV.3.180

Gráfico de barras



Las pacientes que puntúan positivo en el rasgo dependiente tienen una mayor probabilidad de puntuar positivamente en desconfianza interpersonal que las que no puntúan en ese rasgo ($\chi^2=4,206$, $p = 0,040$). Más específicamente, el riesgo de puntuar en desconfianza interpersonal en pacientes dependientes está comprendido entre 1,025 y 3,736 veces más que en el caso de las pacientes del grupo no dependiente (ver tabla IV.3.182 y gráfico).

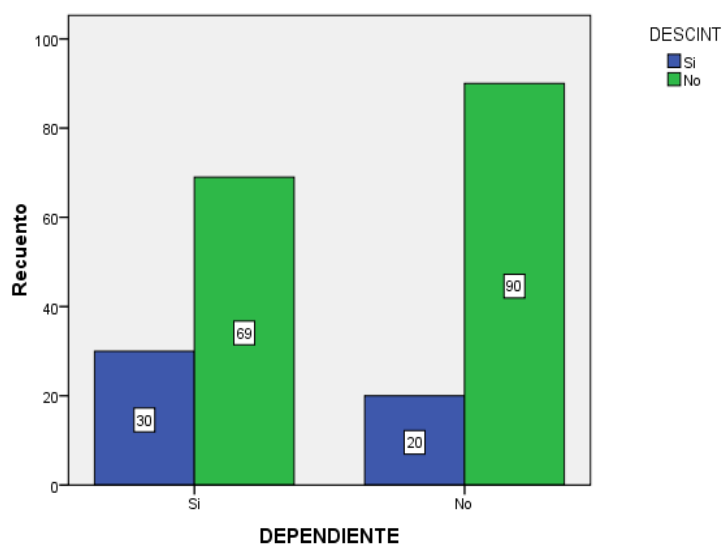
Tabla de contingencia DEPENDIENTE * DESCINT			DESCINT		
			Si	No	Total
DEPENDIENTE	Si	Recuento	30	69	99
		Frecuencia esperada	23,7	75,3	99
		% dentro de DESCINT	60,00%	43,40%	47,40%
	No	Recuento	20	90	110
		Frecuencia esperada	26,3	83,7	110
		% dentro de DESCINT	40,00%	56,60%	52,60%
Total	Recuento		50	159	209
	Frecuencia esperada		50	159	209
	% dentro de DESCINT		100,00%	100,00%	100,00%

Tabla IV.3.181

Estimación de riesgo	Intervalo de confianza al 95%		
	Valor	Inferior	Superior
Razón de las ventajas para DEPENDIENTE (Si / No)	1,957	1,025	3,736
Para la cohorte DESCINT = Si	1,667	1,015	2,738
Para la cohorte DESCINT = No	0,852	0,728	0,997
N de casos válidos	209		

Tabla IV.3.182

Gráfico de barras



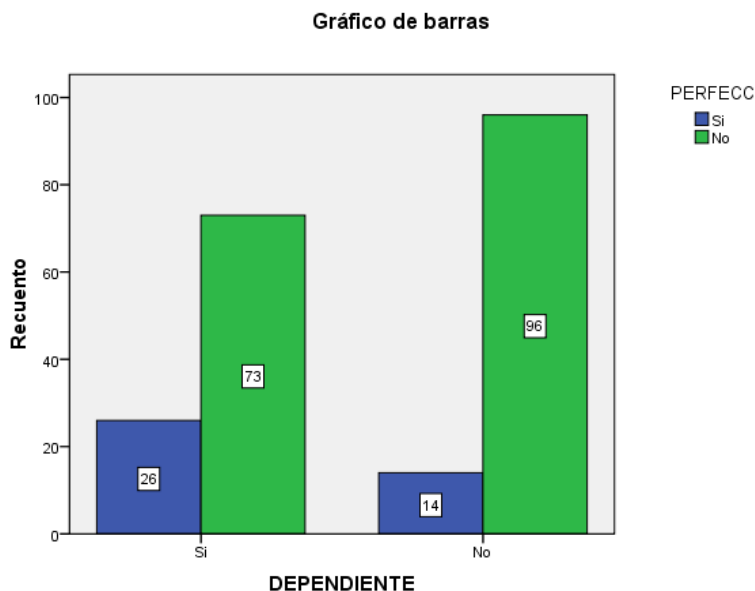
Las pacientes que puntúan positivo en el rasgo dependiente tienen una mayor probabilidad de puntuar positivamente en perfeccionismo que las que no puntúan en ese rasgo ($\chi^2 = 6,68$, $p = 0,013$). Más específicamente, el riesgo de puntuar en perfeccionismo en pacientes dependientes está comprendido entre 1,192 y 5,005 veces más que en el caso de las pacientes del grupo no dependiente (ver tabla IV.3.184 y gráfico).

Tabla de contingencia DEPENDIENTE * PERFECC			PERFECC		
			Si	No	Total
DEPENDIENTE	Si	Recuento	26	73	99
		Frecuencia esperada	18,9	80,1	99
		% dentro de PERFECC	65,00%	43,20%	47,40%
	No	Recuento	14	96	110
		Frecuencia esperada	21,1	88,9	110
		% dentro de PERFECC	35,00%	56,80%	52,60%
Total		Recuento	40	169	209
		Frecuencia esperada	40	169	209
		% dentro de PERFECC	100,00%	100,00%	100,00%

Tabla IV.3.183

Estimación de riesgo	Intervalo de confianza al 95%		
	Valor	Inferior	Superior
Razón de las ventajas para DEPENDIENTE (Si / No)	2,442	1,192	5,005
Para la cohorte PERFECC = Si	2,063	1,144	3,724
Para la cohorte PERFECC = No	0,845	0,736	0,969
N de casos válidos	209		

Tabla IV.3.184



EVITATIVO

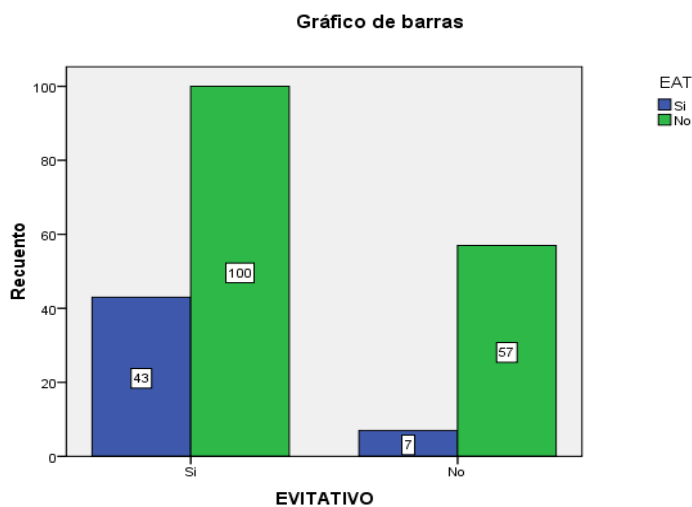
Las pacientes que puntúan positivo en el rasgo evitativo tienen una mayor probabilidad de puntuar positivamente en el Test de actitudes ante la alimentación que las que no puntúan en ese rasgo ($\chi^2=8,834$, $p = 0,003$). Más específicamente, el riesgo de puntuar en el Test de actitudes ante la alimentación en pacientes evitativos está comprendido entre 1,478 y 8,295 veces más que en el caso de las pacientes del grupo no evitativo (ver tabla IV.3.186 y gráfico).

Tabla de contingencia EVITATIVO * EAT		EAT			
		Si	No	Total	
EVITATIVO	Si	Recuento	43	100	143
		Frecuencia esperada	34,5	108,5	143
		% dentro de EAT	86,00%	63,70%	69,10%
	No	Recuento	7	57	64
		Frecuencia esperada	15,5	48,5	64
		% dentro de EAT	14,00%	36,30%	30,90%
Total	Recuento	50	157	207	
	Frecuencia esperada	50	157	207	
	% dentro de EAT	100,00%	100,00%	100,00%	

Tabla IV.3.185

Estimación de riesgo	Intervalo de confianza al 95%		
	Valor	Inferior	Superior
Razón de las ventajas para EVITATIVO (Si / No)	3,501	1,478	8,295
Para la cohorte EAT = Si	2,749	1,308	5,776
Para la cohorte EAT = No	0,785	0,684	0,901
N de casos válidos	207		

Tabla IV.3.186



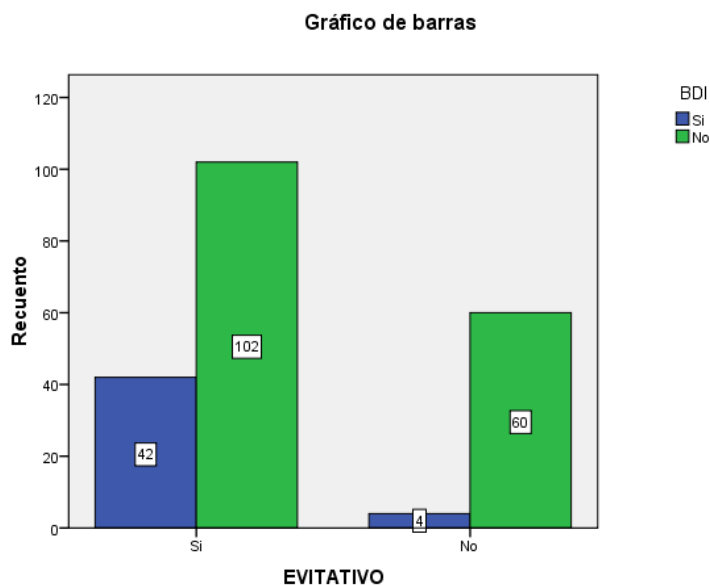
Las pacientes que puntúan positivo en el rasgo evitativo tienen una mayor probabilidad de puntuar positivamente en depresión que las que no puntúan en ese rasgo ($\chi^2=13,509$, $p = 0,000$). Más específicamente, el riesgo de puntuar en depresión en pacientes evitativos está comprendido entre 2,110 y 18,079 veces más que en el caso de las pacientes del grupo no evitativo(ver tabla IV.3.188 y gráfico).

Tabla de contingencia EVITATIVO * BDI			BDI		
			Si	No	Total
EVITATIVO	Si	Recuento	42	102	144
		Frecuencia esperada	31,8	112,2	144
		% dentro de BDI	91,30%	63,00%	69,20%
	No	Recuento	4	60	64
		Frecuencia esperada	14,2	49,8	64
		% dentro de BDI	8,70%	37,00%	30,80%
Total		Recuento	46	162	208
		Frecuencia esperada	46	162	208
		% dentro de BDI	100,00%	100,00%	100,00%

Tabla IV.3.187

Estimación de riesgo	Intervalo de confianza al 95%		
	Valor	Inferior	Superior
Razón de las ventajas para EVITATIVO (Si / No)	6,176	2,110	18,079
Para la cohorte BDI = Si	4,667	1,747	12,464
Para la cohorte BDI = No	0,756	0,668	0,854
N de casos válidos	208		

Tabla IV.3.188



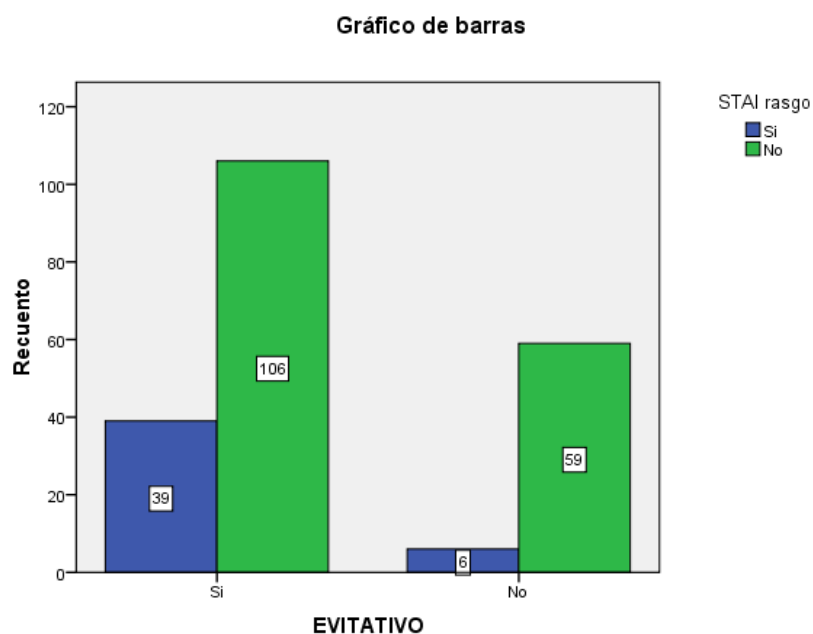
Las pacientes que puntúan positivo en el rasgo evitativo tienen una mayor probabilidad de puntuar positivamente en ansiedad como rasgo que las que no puntúan en ese rasgo ($\chi^2=8,319$, $p = 0,004$). Más específicamente, el riesgo de puntuar en ansiedad como rasgo en pacientes evitativos está comprendido entre 1,447 y 9,047 veces más que en el caso de las pacientes del grupo no evitativo (ver tabla IV.3.190 y gráfico).

Tabla de contingencia EVITATIVO *STAI rasgo			STAI rasgo		
			Si	No	Total
EVITATIVO	Si	Recuento	39	106	145
		Frecuencia esperada	31,1	113,9	145
		% dentro de STAI rasgo	86,70%	64,20%	69,00%
	No	Recuento	6	59	65
		Frecuencia esperada	13,9	51,1	65
		% dentro de STAI rasgo	13,30%	35,80%	31,00%
Total		Recuento	45	165	210
		Frecuencia esperada	45	165	210
		% dentro de STAI rasgo	100,00%	100,00%	100,00%

Tabla IV.3.189

Estimación de riesgo	Intervalo de confianza al 95%		
	Valor	Inferior	Superior
Razón de las ventajas para EVITATIVO (Si /No)	3,618	1,447	9,047
Para la cohorte STAI rasgo = Si	2,914	1,299	6,538
Para la cohorte STAI rasgo = No	0,805	0,71	0,913
N de casos válidos	210		

Tabla IV.3.190



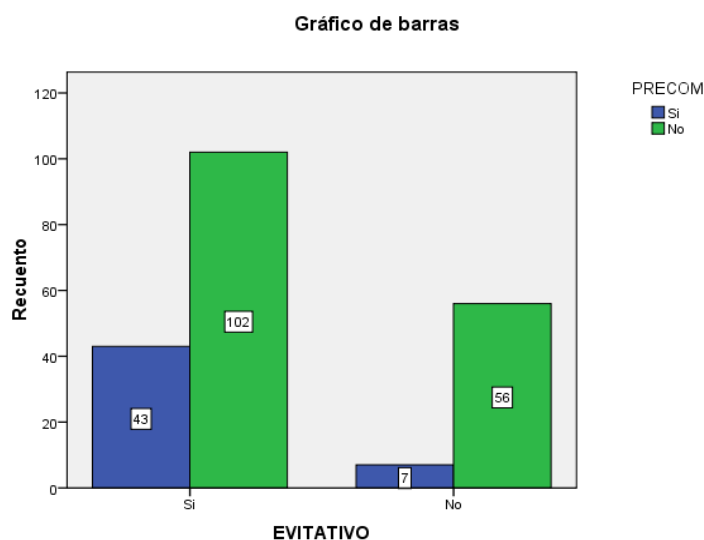
Las pacientes que puntúan positivo en el rasgo evitativo tienen una mayor probabilidad de puntuar positivamente en la etapa precontemplativa que las que no puntúan en ese rasgo ($\chi^2 = 8,271$, $p = 0,004$). Más específicamente, el riesgo de puntuar en perfeccionismo en pacientes evitativos está comprendido entre 1,423 y 7,992 veces más que en el caso de las pacientes del grupo no evitativo (ver tabla IV.3.192 y gráfico).

Tabla de contingencia EVITATIVO * PRECON		PRECON			
		Si	No	Total	
EVITATIVO	Si	Recuento	43	102	145
		Frecuencia esperada	34,9	110,1	145
		% dentro de PRECON	86,00%	64,60%	69,70%
	No	Recuento	7	56	63
		Frecuencia esperada	15,1	47,9	63
		% dentro de PRECON	14,00%	35,40%	30,30%
Total		Recuento	50	158	208
		Frecuencia esperada	50	158	208
		% dentro de PRECON	100,00%	100,00%	100,00%

Tabla IV.3.191

Estimación de riesgo	Intervalo de confianza al 95%		
	Valor	Inferior	Superior
Razón de las ventajas para EVITATIVO (Si / No)	3,373	1,423	7,992
Para la cohorte PRECON = Si	2,669	1,271	5,605
Para la cohorte PRECON = No	0,791	0,69	0,908
N de casos válidos	208		

Tabla IV.3.192



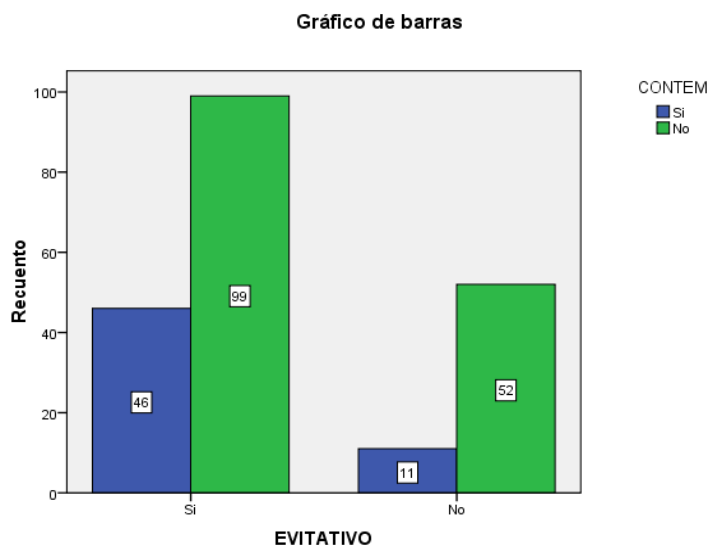
Las pacientes que puntúan negativo en el rasgo evitativo tienen una mayor probabilidad de puntuar positivamente en la etapa contemplativa que las que puntúan en ese rasgo ($\chi^2=4,492$, $p = 0,034$). Más específicamente, el riesgo de puntuar en la etapa acción en pacientes no evitativos está comprendido entre 1,050 y 4,597 veces más que en el caso de las pacientes del grupo evitativo (ver tabla IV.3.194 y gráfico).

Tabla de contingencia EVITATIVO * CONTEM		CONTEM			
		Si	No	Total	
EVITATIVO	Si	Recuento	46	99	145
		Frecuencia esperada	39,7	105,3	145
		% dentro de CONTEM	80,70%	65,60%	69,70%
	No	Recuento	11	52	63
		Frecuencia esperada	17,3	45,7	63
		% dentro de CONTEM	19,30%	34,40%	30,30%
Total		Recuento	57	151	208
		Frecuencia esperada	57	151	208
		% dentro de CONTEM	100,00%	100,00%	100,00%

Tabla IV.3.193

Estimación de riesgo	Intervalo de confianza al 95%		
	Valor	Inferior	Superior
Razón de las ventajas para EVITATIVO (Si / No)	2,197	1,050	4,597
Para la cohorte CONTEM = Si	1,817	1,01	3,27
Para la cohorte CONTEM = No	0,827	0,706	0,97
N de casos válidos	208		

Tabla IV.3.194



Las pacientes que puntúan negativo en el rasgo evitativo tienen una mayor probabilidad de puntuar positivamente en la etapa decisión que las que puntúan en ese rasgo ($\chi^2 = 7,892$, $p = 0,005$). Más específicamente, el riesgo de puntuar en la etapa acción en pacientes no evitativos está comprendido entre 1,349 y 6,129 veces más que en el caso de las pacientes del grupo evitativo (ver tabla IV.3.196 y gráfico).

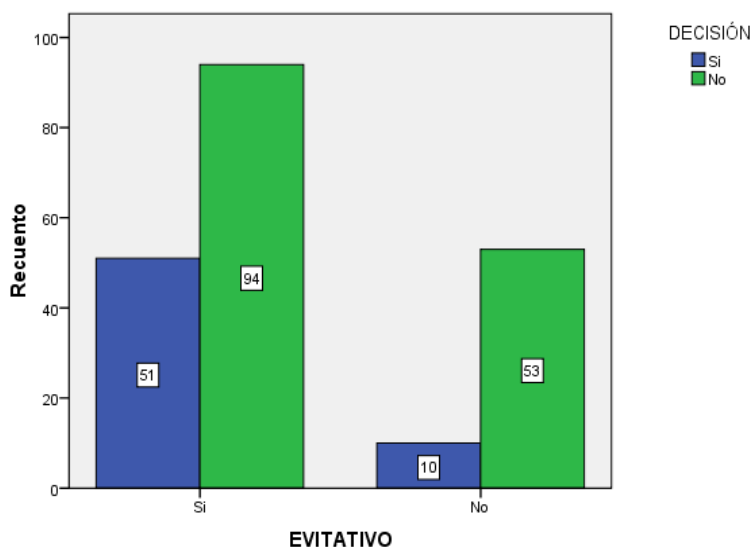
Tabla de contingencia EVITATIVO * DECISIÓN			DECISIÓN		
			Si	No	Total
EVITATIVO	Si	Recuento	51	94	145
		Frecuencia esperada	42,5	102,5	145
		% dentro de DECISIÓN	83,60%	63,90%	69,70%
	No	Recuento	10	53	63
		Frecuencia esperada	18,5	44,5	63
		% dentro de DECISIÓN	16,40%	36,10%	30,30%
Total	Recuento		61	147	208
	Frecuencia esperada		61	147	208
	% dentro de DECISIÓN		100,00%	100,00%	100,00%

Tabla IV.3.195

Estimación de riesgo	Intervalo de confianza al 95%		
	Valor	Inferior	Superior
Razón de las ventajas para EVITATIVO (Si /No)	2,876	1,349	6,129
Para la cohorte DECISIÓN = Si	2,216	1,204	4,078
Para la cohorte DECISIÓN = No	0,771	0,656	0,905
N de casos válidos	208		

Tabla IV.3.196

Gráfico de barras



Las pacientes que puntúan negativo en el rasgo evitativo tienen una mayor probabilidad de puntuar positivamente en la etapa acción que las que puntúan en ese rasgo ($\chi^2 = 25,472$, $p = 0,000$). Más específicamente, el riesgo de puntuar en la etapa acción en pacientes no evitativos está comprendido entre 1,279 y 2,112 veces más que en el caso de las pacientes del grupo evitativo (ver tabla IV.3.198 y gráfico).

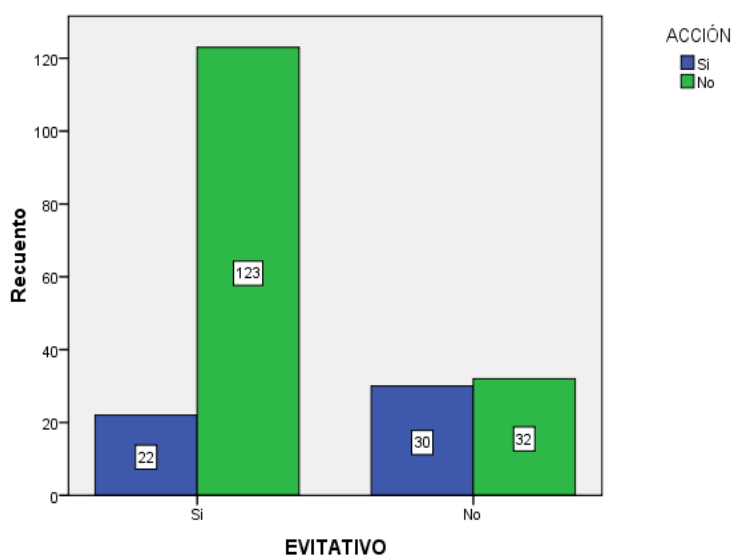
Tabla de contingencia EVITATIVO * ACCIÓN			ACCIÓN		
			Si	No	Total
EVITATIVO	Si	Recuento	22	123	145
		Frecuencia esperada	36,4	108,6	145
		% dentro de ACCIÓN	42,30%	79,40%	70,00%
	No	Recuento	30	32	62
		Frecuencia esperada	15,6	46,4	62
		% dentro de ACCIÓN	57,70%	20,60%	30,00%
Total	Recuento		52	155	207
	Frecuencia esperada		52	155	207
	% dentro de ACCIÓN		100,00%	100,00%	100,00%

Tabla IV.3.197

Estimación de riesgo	Intervalo de confianza al 95%		
	Valor	Inferior	Superior
Razón de las ventajas para EVITATIVO (Si / No)	0,191	0,097	0,374
Para la cohorte ACCIÓN = Si	0,314	0,197	0,498
Para la cohorte ACCIÓN = No	1,644	1,279	2,112
N de casos válidos	207		

Tabla IV.3.198

Gráfico de barras



Las pacientes que puntúan negativo en el rasgo evitativo tienen una mayor probabilidad de puntuar positivamente en la etapa de mantenimiento que las que puntúan en ese rasgo ($\chi^2 = 18,692$, $p = 0,000$). Más específicamente, el riesgo de puntuar en la etapa de mantenimiento en pacientes no evitativos está comprendido entre 1,186 y 1,858 veces más que en el caso de las pacientes del grupo evitativo (ver tabla IV.3.200 y gráfico).

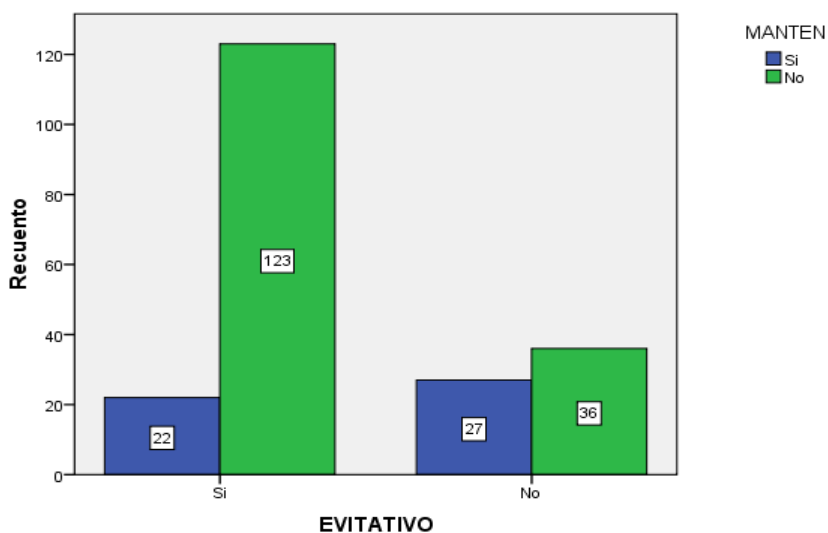
Tabla de contingencia EVITATIVO * MANTEN		MANTEN			
		Si	No	Total	
EVITATIVO	Si	Recuento	22	123	145
		Frecuencia esperada	34,2	110,8	145
		% dentro de MANTEN	44,90%	77,40%	69,70%
	No	Recuento	27	36	63
		Frecuencia esperada	14,8	48,2	63
		% dentro de MANTEN	55,10%	22,60%	30,30%
Total	Recuento	49	159	208	
	Frecuencia esperada	49	159	208	
	% dentro de MANTEN	100,00%	100,00%	100,00%	

Tabla IV.3.199

Estimación de riesgo	Intervalo de confianza al 95%		
	Valor	Inferior	Superior
Razón de las ventajas para EVITATIVO (Si / No)	0,238	0,121	0,468
Para la cohorte MANTEN = Si	0,354	0,219	0,572
Para la cohorte MANTEN = No	1,484	1,186	1,858
N de casos válidos	208		

Tabla IV.3.200

Gráfico de barras



Las pacientes que puntúan positivo en el rasgo evitativo tienen una mayor probabilidad de puntuar positivamente en ineffectividad y baja autoestima que las que no puntúan en ese rasgo ($\chi^2 = 12,750$, $p = 0,000$). Más específicamente, el riesgo de puntuar en ineffectividad y baja autoestima en pacientes evitativos está comprendido entre 2,019 y 17,322 veces más que en el caso de las pacientes del grupo no evitativo (ver tabla IV.3.202 y gráfico).

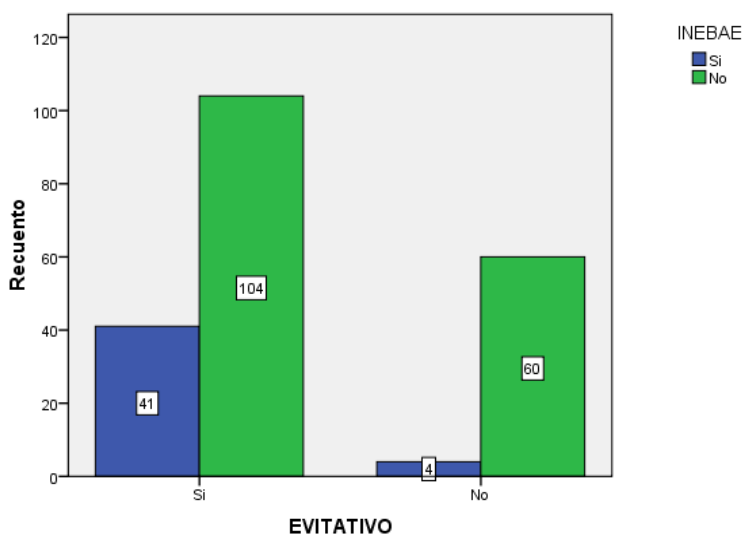
Tabla de contingencia EVITATIVO * INEBAE			INEBAE		
			Si	No	Total
EVITATIVO	Si	Recuento	41	104	145
		Frecuencia esperada	31,2	113,8	145
		% dentro de INEBAE	91,10%	63,40%	69,40%
	No	Recuento	4	60	64
		Frecuencia esperada	13,8	50,2	64
		% dentro de INEBAE	8,90%	36,60%	30,60%
Total	Recuento		45	164	209
	Frecuencia esperada		45	164	209
	% dentro de INEBAE		100,00%	100,00%	100,00%

Tabla IV.3.201

Estimación de riesgo	Intervalo de confianza al 95%		
	Valor	Inferior	Superior
Razón de las ventajas para EVITATIVO (Si / No)	5,913	2,019	17,322
Para la cohorte INEBAE = Si	4,524	1,692	12,098
Para la cohorte INEBAE = No	0,765	0,678	0,863
N de casos válidos	209		

Tabla IV.3.202

Gráfico de barras



Las pacientes que puntúan positivo en el rasgo evitativo tienen una mayor probabilidad de puntuar positivamente en conciencia interoceptiva que las que no puntúan en ese rasgo ($\chi^2 = 12,750$, $p = 0,000$). Más específicamente, el riesgo de puntuar en conciencia interoceptiva en pacientes evitativos está comprendido entre 1,006 y 4,930 veces más que en el caso de las pacientes del grupo no evitativo (ver tabla IV.3.204 y gráfico).

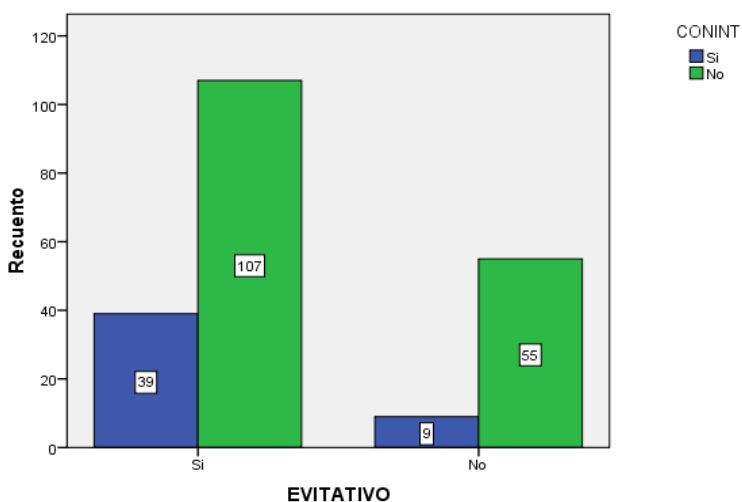
Tabla de contingencia EVITATIVO * CONINT			CONINT		
			Si	No	Total
EVITATIVO	Si	Recuento	39	107	146
		Frecuencia esperada	33,4	112,6	146
		% dentro de CONINT	81,30%	66,00%	69,50%
	No	Recuento	9	55	64
		Frecuencia esperada	14,6	49,4	64
		% dentro de CONINT	18,80%	34,00%	30,50%
Total	Recuento		48	162	210
	Frecuencia esperada		48	162	210
	% dentro de CONINT		100,00%	100,00%	100,00%

Tabla IV.3.203

Estimación de riesgo	Intervalo de confianza al 95%		
	Valor	Inferior	Superior
Razón de las ventajas para EVITATIVO (Si / No)	2,227	1,006	4,930
Para la cohorte CONINT= Si	1,9	0,979	3,685
Para la cohorte CONINT = No	0,853	0,742	0,98
N de casos válidos	210		

Tabla IV.3.204

Gráfico de barras



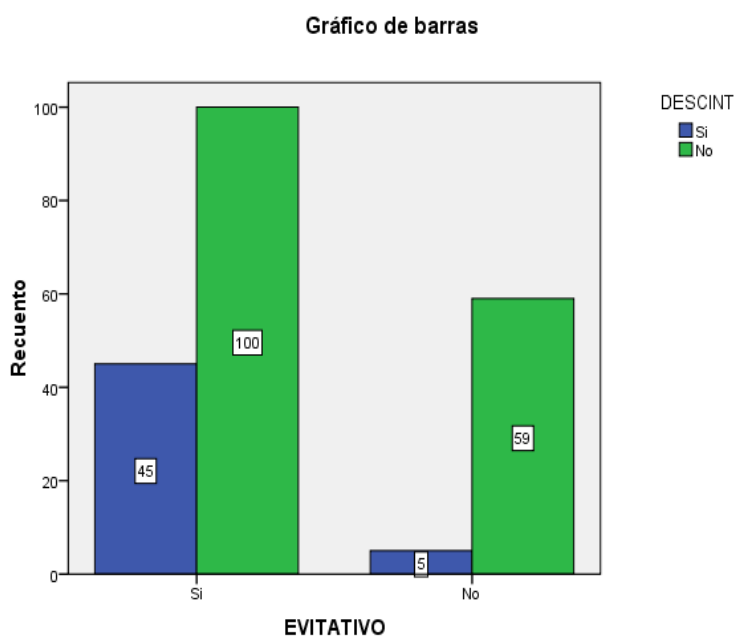
Las pacientes que puntúan positivo en el rasgo evitativo tienen una mayor probabilidad de puntuar positivamente en desconfianza interpersonal que las que no puntúan en ese rasgo ($\chi^2 = 13,156$, $p = 0,000$). Más específicamente, el riesgo de puntuar en desconfianza interpersonal en pacientes evitativos está comprendido entre 1,996 y 14,125 veces más que en el caso de las pacientes del grupo no evitativo (ver tabla IV.3.206 y gráfico).

Tabla de contingencia EVITATIVO * DESCINT			DESCINT		
			Si	No	Total
EVITATIVO	Si	Recuento	45	100	145
		Frecuencia esperada	34,7	110,3	145
		% dentro de DESCINT	90,00%	62,90%	69,40%
	No	Recuento	5	59	64
		Frecuencia esperada	15,3	48,7	64
		% dentro de DESCINT	10,00%	37,10%	30,60%
Total	Recuento		50	159	209
	Frecuencia esperada		50	159	209
	% dentro de DESCINT		100,00%	100,00%	100,00%

Tabla IV.3.205

Estimación de riesgo	Intervalo de confianza al 95%		
	Valor	Inferior	Superior
Razón de las ventajas para EVITATIVO (Si / No)	5,31	1,996	14,125
Para la cohorte DESCINT = Si	3,972	1,655	9,538
Para la cohorte DESCINT = No	0,748	0,657	0,852
N de casos válidos	209		

Tabla IV.3.206



Las pacientes que puntúan positivo en el rasgo evitativo tienen una mayor probabilidad de puntuar positivamente en perfeccionismo que las que no puntúan en ese rasgo ($\chi^2 = 4,009$, $p = 0,045$). Más específicamente, el riesgo de puntuar en perfeccionismo en pacientes evitativos está comprendido entre 0,999 y 5,760 veces más que en el caso de las pacientes del grupo no evitativo (ver tabla IV.3.208 y gráfico).

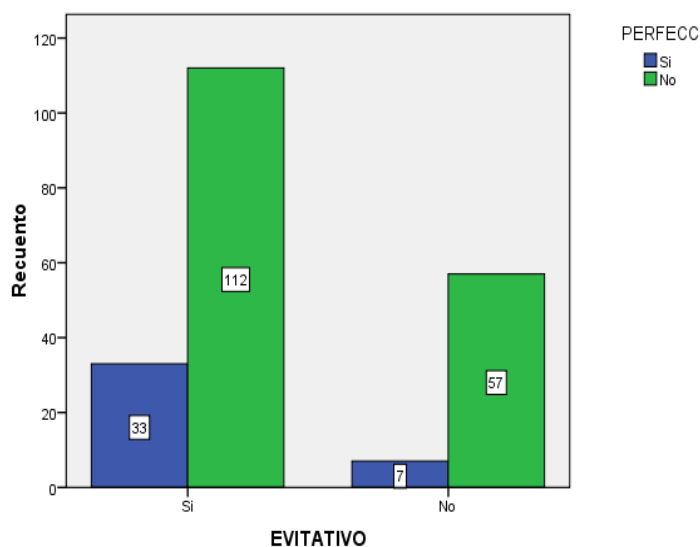
Tabla de contingencia EVITATIVO * PERFECC			PERFECC		
			Si	No	Total
EVITATIVO	Si	Recuento	33	112	145
		Frecuencia esperada	27,8	117,2	145
		% dentro de PERFECC	82,50%	66,30%	69,40%
	No	Recuento	7	57	64
		Frecuencia esperada	12,2	51,8	64
		% dentro de PERFECC	17,50%	33,70%	30,60%
Total		Recuento	40	169	209
		Frecuencia esperada	40	169	209
		% dentro de PERFECC	100,00%	100,00%	100,00%

Tabla IV.3.207

Estimación de riesgo	Intervalo de confianza al 95%		
	Valor	Inferior	Superior
Razón de las ventajas para EVITATIVO (Si / No)	2,399	0,999	5,76
Para la cohorte PERFECC = Si	2,081	0,972	4,452
Para la cohorte PERFECC = No	0,867	0,767	0,981
N de casos válidos	209		

Tabla IV.3.208

Gráfico de barras



Para una mejor agrupación y comprensión de los datos hemos resumido los dos cuestionarios con mayor número de subescalas como son el ACTA y el EDI en dos tablas que permitan identificar las relaciones significativas.

Resumen del test ACTA

Relaciones significativas entre rasgos de personalidad y subescalas del test ACTA

	Precontemplación	Contemplación	Decisión	Acción	Mantenimiento	Recaída
Paranoide	2,41 (1,259-4,612)	-	1,990 (1,079-3,668)	0,282(0,129-0,619)	0,43(0,205-0,903)	-
Esquizoide	-	-	-	0,355(0,173-0,728)	0,35(0,167-0,733)	2,39 (1,184-4,824)
Esquizotípico	3,513 (1,748-7,06)	-	-	0,15 (0,044-0,505)	-	-
Histriónico	-	-	-	-	-	-
Antisocial	5,25 (1,418-19,433)	-	-	-	-	-
Narcisista	-	-	-	-	-	-
Límite	4,791 (1,409-16,289)	-	4,622 (1,568-13,626)	0,206 (0,099-0,429)	0,135 (0,064-0,288)	0,76 (0,698-0,828)
Obsesivo	-	-	-	-	0,375 (0,195-0,722)	-
Dependiente	2,706 (1,391-5,262)	1,956 (1,053-3,634)	2,329 (1,262-4,3)	0,343 (0,174-0,675)	-	-
Evitativo	-	-	-	0,191 (0,097-0,374)	0,238 (0,121-0,468)	-

Puntuaciones altas en la subescala de precontemplación y contemplación informan de que el paciente tiene poca motivación para resolver su trastorno, por lo que aumentos de riesgo de puntuar en estas subescalas positivamente repercuten negativamente en el estado de las pacientes.

Puntuaciones altas en las subescalas de acción y mantenimiento sugieren que el paciente está altamente motivado para solucionar su problema, por lo tanto puntuaciones positivas en estas escalas repercuten positivamente en el estado de las pacientes.

Excepto los rasgos histriónicos y narcisistas que parecen no influir en la actitud frente al cambio en los TCA, todos los demás rasgos influyen de una manera negativa.

Destacamos que la presencia de rasgos límites incrementa el riesgo de puntuar en precontemplativa y de no puntuar en acción y mantenimiento, siendo este rasgo junto con el paranoide los que se adaptarían a la fórmula de puntuar positivamente en la etapa precontemplativa que supone un peor pronóstico y puntuar negativamente en las etapas de acción y mantenimiento que serían representativas de una actitud más positiva. Como aspecto más esperanzador para el rasgo límite es que parece proteger en puntuar recaída, al contrario que la presencia de rasgos esquizoides.

El rasgo evitativo parece influenciar incrementando el riesgo de manera importante en no puntuar en la etapa de acción ni en mantenimiento.

Los rasgos dependientes incrementan el riesgo de presentar una pobre motivación para resolver su trastorno ya que puntúa de forma positiva en la etapa precontemplativa y contemplativa y de forma negativa en la etapa de decisión.

El rasgo esquizotípico, el límite antisocial incrementa de manera significativa el presentar una actitud precontemplativa, siendo los tres rasgos que mayor influencia tienen en la puntuación positiva en esta etapa.

Finalmente los rasgos obsesivo tienen una influencia negativa para mantenerse en fase de mantenimiento, incrementando el riesgo de no puntuar en esta subescala.

Relaciones significativas entre los rasgos de personalidad y las subescalas del test EDI

Inventario de Trastornos de la Alimentación (EDI)								
OR (Intervalo de confianza al 95%)								
	Imp. Delgadez	Sint. Bulímica	Insatis. Corporal	Inef. Baja autoestima	Perfeccionismo	Desc. Interpersonal	Con. Interoceptiva	Miedo a madurar
Paranoide	-	-	-	-	2,354 (1,169-4,739)	4,264 (2,186-8,321)	3,325 (1,709-6,469)	2,137 (1,12-4,079)
Esquizoide	-	-	-	3,592 (1,8-7,17)	-	5,946 (2,941-12,024)	2,65 (1,371-5,121)	-
Esquizotípico	-	-	3,484 (1,68-7,226)	3,886 (1,901-7,943)	2,138 (1,009-4,529)	7,714 (3,751-15,867)	2,883 (1,43-5,813)	-
Histriónico	-	-	-	-	2,458 (1,219-4,957)	0,447 (0,221-0,904)	-	-
Antisocial	-	-	-	3,975 (1,097-14,399)	-	-	5,643 (1,522-20,916)	5,318 (1,437-19,683)
Narcisista	-	-	-	-	2,235 (1,091-4,58)	-	-	-
Límite	-	-	-	13,728 (1,831-102,913)	5,511 (1,271-23,9)	3,366 (1,135-9,982)	7,293 (1,692-31,427)	7,736 (1,797-33,302)
Obsesivo	-	-	-	-	4,521 (1,803-11,338)	-	-	-
Dependiente	-	-	-	3,126 (1,547-6,317)	2,442 (1,192-5,005)	1,957 (1,025-3,736)	-	-
Evitativo	-	-	-	5,913 (2,019-17,322)	-	5,31 (1,996-14,125)	2,227 (1,006-4,93)	-

Datos de interés EDI (a modo de resumen)

En las pacientes con TCA los rasgos de personalidad no incrementan el riesgo de Impulso a la delgadez ni de sintomatología bulímica reflejado en el EDI. Probablemente no se encuentren diferencias significativas en impulso a la delgadez y sintomatología bulímica porque sea algo común en toda la muestra, no habiendo diferencias entre ellas. Al igual que ocurre con el STAI estado y con el AUDIT, en los que no se han encontrado diferencias intragrupo en función de los rasgos de personalidad.

Destaca el aumento de riesgo asociado al rasgo esquizotípico respecto a la insatisfacción corporal que presentan las pacientes con TCA según el EDI.

La baja autoestima se ve claramente influenciada en algunos rasgos de personalidad siendo más destacable en las pacientes con rasgos límite, evitativo, dependiente, esquizotípico y esquizoide.

El perfeccionismo es una característica fundamental observable en los TCA, el riesgo aumentado de puntuar en esta subescala en el EDI destaca en el rasgo límite y como era de esperar en el obsesivo.

La desconfianza interpersonal valorada por el EDI, se encuentra con un riesgo evidente en los rasgos del Cluster A mayoritariamente, destacando igualmente en las pacientes que presentan rasgos evitativos.

Resulta coherente que los rasgos histriónicos protejan a su vez de la desconfianza interpersonal, debido a la emotividad y la cercanía que muestran en las relaciones interpersonales.

La conciencia interoceptiva de las pacientes con TCA, se ve claramente influenciada en los rasgos Cluster A, así como el antisocial, límite y evitativo. No parece influir el tener rasgos histriónicos, narcisistas, obsesivos ni dependientes.

Es reseñable el riesgo de puntuar positivo en miedo a madurar, fundamentalmente en los rasgos límite y antisocial. Pudiendo este aspecto estar más asociado a la impulsividad, más propia de estos dos rasgos de personalidad que a la dependencia como tal vez fuese más lógico pensar. Estos datos precisan un estudio más en profundidad. Llama la atención también la influencia que parece asociarse al rasgo paranoide.

En el test EAT 7 de los 10 rasgos muestran relaciones significativas. Las actitudes anómalas frente a la alimentación y los malos hábitos se ven menos afectados en las pacientes que tienen rasgos histriónicos, narcisista y dependientes.

VI. DISCUSIÓN

1 Perfiles clínicos de los Trastornos de la Conducta Alimentaria y su relación con la gravedad

Alcohol y diagnóstico. AUDIT

Nuestros resultados no encuentran relación entre el consumo de alcohol y los diagnósticos de los TCA. Sin embargo, el consumo de alcohol es algo asociado habitualmente a los TCA. (American Psychiatric Association, 2014; Garfinkel, Lin, 1995; Holderness, 1994). Algo confirmado también por Bullik (2004) que encuentra frecuente comorbilidad entre abuso de sustancias y TCA, al igual que otros autores (Courbasson, 2005; Goldbloom, 1992). La prevalencia vitalicia del consumo de sustancias, sobre todo alcohol y estimulantes es del 30%. (DSM-5).

Hubiese sido esperable que se encontrasen diferencias en el consumo para el grupo de BN a la luz de otros resultados obtenidos previamente, en los que el 4 % de los pacientes de otra muestra de nuestra Clínica TCA en estudios anteriores, consumían de manera regular y perjudicial alcohol. De éstos, el 50% corresponden a los diagnosticados de BN purgativa. Por otro lado de aquellos pacientes que consumían de manera esporádica (59,4% de la muestra), el 77,8% eran pacientes diagnosticados de BN. (Varela, Maldonado, Ferre, 2011).

Así mismo el consumo de alcohol se ha identificado como factor de riesgo psicológico individual en la bulimia nerviosa. (Fassino, Daga y Amianto 2002; Bechara 1994; Hudson 1992). En definitiva en nuestro estudio si bien no se encuentran diferencias entre los distintos grupos diagnósticos, no significa que no exista un consumo clínicamente significativo. Probablemente nuestra muestra tiene un sesgo en el sentido del predominio de las formas clínicas purgativas e impulsivas.

Ansiedad y diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria. Puntuación STAI

No aparecen relaciones significativas entre la ansiedad y los diferentes diagnósticos dentro de los TCA en nuestra muestra. Sin embargo, también la ansiedad se encuentra entre los síntomas ampliamente asociados a los TCA (OBrien y Vincent 2003; American Psychiatric Association, 2014; Garfinkel, Lin, 1995; Davey y Chapman, 2009; Holtkamp, Müller, 2005; Buckner, Silgado, 2010; Attwood 2009).

Estudios previos han encontrado que las pacientes con anorexia tienen elevadas puntuaciones de ansiedad (Vitousek et al.1994; Hughes 2012; Kaye et al. 2004). Así como que su nivel de ansiedad es superior al del presentado en bulimia y en TCANE.

Los resultados de nuestra muestra no contradicen la evidencia de presencia de ansiedad en las muestras de TCA, simplemente la presencia de esta ansiedad no parece asociada a un grupo diagnóstico en concreto sino que se reparte por igual en toda la muestra, afectando por igual a todos los grupos diagnósticos. Por lo tanto no es un síntoma que nos ayude a clasificar o predecir qué tipo de trastorno de alimentación va a tener una paciente en función de la ansiedad que presente.

En la ansiedad como rasgo sí que se observan más diferencias, existiendo más relación entre los trastornos de personalidad el cluster A y C y menos con el cluster B. Esta diferencia puede deberse a que ante la sensación emergente de la angustia las personalidades del cluster B tengan una mayor tendencia a la impulsividad como forma de descarga mientras que las personalidades menos actuadoras sufran más sensación de ansiedad. Estados de ánimo negativos tales como el miedo, la ansiedad o la tristeza preceden en numerosas ocasiones a la ocurrencia de atracones en mujeres con bulimia nerviosa y trastorno por atracón (Chua, Touyz y Hill, 2004; Grilo 2011).

IMPULSIVIDAD y diagnósticos TCA

La impulsividad es uno de los factores más identificados por los autores bien sea a la hora de definir los TCA bien sea a la hora de explicar la evolución y la gravedad (Newton, Freeman et al 1993).

La impulsividad total permitiría pronosticar que una puntuación alta se dará con mayor probabilidad en pacientes con bulimia y con anorexia purgativa que con los otros diagnósticos a la luz de las diferencias observadas en este trabajo.

Parece pues que la impulsividad se relaciona sobre todo con conductas purgativas más que con atracones. Ya que las pacientes con TA no obtienen puntuaciones altas en impulsividad en comparación sobre todo con BN. Coincidiendo con lo encontrado por otros autores (Claes, 2002; Domínguez, 2009)

Diferentes autores identifican distintos grupos de TCA atendiendo entre otros a la impulsividad (Wagner, 2006; Bulik, 2004). Así mismo Favaro y Santonastaso (1996) encuentran que las pacientes que usan múltiples métodos purgativos tienen mayores niveles de impulsividad y mayor predisposición a tener conductas autolesivas.

Wagner (2006) por ejemplo identificó distintos tipos de TCA encontrando un grupo al que describieron como desinhibidas caracterizadas por una gran impulsividad pero con cierto grado de ansiedad y obsesividad. En nuestro caso la impulsividad nos permitiría diferenciar entre dos grupos: por un lado el de las pacientes con bulimia nerviosa y anorexia nerviosa purgativa y por otro el de las pacientes con anorexia nerviosa restrictiva y trastorno por atracón. Estos datos confirman lo encontrado por otros autores (Mitchell, Fletcher, Gibeau, Pyle, & Eckert, 1992; Mitchell, Pyle, Eckert, Hatsukami, & Soll, 1990)

Entre otros factores la impulsividad se ha relacionado con la evolución crónica de los TCA. (Fichter et al., 2006; Keski-Rahkonen et al., 2014), así como con peores pronósticos (Wonderlich, Fullerton et al. 1994).

A la impulsividad se ha hecho referencia casi siempre en relación al trastorno límite de la personalidad como factor predictor de peores resultados y mayor gravedad. (Gunderson 2009; Zanarini 2014)

Según la revisión realizada por Peat (2009) la alta impulsividad está relacionada con conductas de atracón y purga en general. Además de con intentos de suicidio, autolesiones conductas de robo y con un peor pronóstico.

Quizá nuestros resultados estén más en concordancia con lo referido por Garfinkel (1980) que informó que las pacientes purgativas presentan más frecuentemente una variedad de conductas impulsivas. Esto concuerda con los resultados obtenidos en nuestra muestra, en la que las pacientes con mayor impulsividad son las ANP y las BN.

Por lo tanto nuestros datos reflejan igualmente la gran importancia que adquiere la impulsividad a la hora de clasificar los diferentes tipos de TCA que nos podamos encontrar así como la posible evolución. Se encuentra asociada sobre todo a la ANP y la BN coincidiendo con los datos que hablan de impulsividad relacionándola sobre todo con cuadros purgativos.

Según un estudio con estudiantes universitarias (MacGregor y Lamborn 2014) las pacientes con anorexia tenían niveles más altos de depresión así como de ansiedad y tasas de suicidio.

Depresión y diagnósticos BDI

La depresión parece ser un rasgo común presente en la mayoría de los TCA tal y como indican numerosos autores (Holtkamp, Müller, 2005; Kaplan y Sadock, 1998; Striegel-Moore 1999). En nuestra muestra se observa, sin embargo, una diferencia entre los grupos de AN y la BN en comparación a los trastornos por atracón. En estos últimos la puntuación en depresión es menor que en el resto de los diagnósticos.

En la muestra de MacGregor (2014) las pacientes con anorexia nerviosa tienen puntuaciones más altas en depresión que las pacientes con bulimia y TCANE.

En el momento actual existen pocos datos que exploren la depresión en los TA ya que es un trastorno con entidad desde la reciente aparición del DSM-5. Antes los trastornos por atracón se incluían en los trastornos de la conducta no especificados y sus características quedaban enmascaradas por el conjunto de otros trastornos con los que compartía clasificación. Sin embargo, Becker (2015) encuentra que el TA, se asocia con elevadas tasas de depresión y consumo de sustancias. Así mismo 347 pacientes encuentra 129 con depresión, 34 con adicción, 60 con ambos trastornos y 124 con ninguno. Esto contradice lo encontrado en nuestra muestra ya que según nuestros

datos los TA padecerían de menor grado de depresión en comparación con los otros trastornos de la conducta alimentaria. Y en general tienen mejores puntuaciones en las medidas de gravedad. En el citado estudio de MacGregor el grupo de TCANE no obtenían puntuaciones elevadas ni en ansiedad ni en depresión, lo que se parece más a nuestros resultados, teniendo en cuenta que anteriormente los TA estaban incluidos entre los trastorno de la conducta alimentaria no especificados (TCANE).

ACTA y diagnósticos

Nuestros datos indican que la ANP tiene menor conciencia de enfermedad y menor motivación para el cambio por las puntuaciones en la etapa **precontemplativa**. Ya que hay una mayor tendencia a tener poca conciencia de enfermedad y baja actitud para el cambio en estas pacientes. Como señalamos en otros puntos de esta tesis, es probable que la gravedad en muchos casos vaya asociada a las conductas purgativas, coincidiendo con otros autores. (Peat 2009). Las mayores puntuaciones en la subescala PRECON nos indicarían que hay una mayor probabilidad de padecer anorexia purgativa y que las anoréxicas purgativas tiene una menor conciencia de enfermedad, a la luz de nuestros resultados. Puntuaciones altas en la etapa **precontemplativa** se asocian a puntuaciones altas en la medida de síntomas alimentarios con el EAT, lo que a su vez se asocia con abandonos del tratamiento. (Rodríguez-Cano et al 2012).

Los trastornos de atracón tienen un mejor pronóstico al mostrar una mejor motivación para el cambio y una mayor conciencia de enfermedad según reflejan sus respuestas al test de actitudes ACTA, coincidiendo con lo expuesto en el párrafo anterior. Las mejores puntuaciones para la subescala de mantenimiento las tiene el trastorno por atracón. Esta fase correlaciona con una mejoría en las puntuaciones de las escalas que medían síntomas alimentarios en el estudio de Rodríguez-Cano (2005).

La pacientes que se encuentran en una fase de **recaída** tal y como mide la subescala RECAID del test ACTA, es más probable que padezcan ANP y menos de padecer BN y TA. Aquí encontramos una medida que permite diferenciar entre dos diagnósticos que habitualmente tiene características similares como son la BN y la ANP. Parece que las

pacientes con ANP tienen peor actitud hacia el cambio y peor conciencia de enfermedad, en lo referente a la sensación transmitida por la paciente de recaída. Para Rodríguez-Cano (2006) la sensación de recaída de los pacientes es un factor pronóstico importante. La recaída es la percepción que tiene el propio sujeto sobre el empeoramiento de los síntomas asociados a su trastorno. En su estudio encuentra una mayor relevancia pronóstica de esta subescala que el resto de ellas.

EAT (sintomatología TCA) y diagnósticos

Tanto la anorexia nerviosa purgativa como la bulimia nerviosa obtienen puntuaciones altas significativamente superiores a las del grupo de trastorno de atracón en el EAT.

Como hemos señalado anteriormente hay pocos datos en este momento sobre los trastornos por atracón. Pero parecería que los TA tienen menor preocupación por la silueta, menor impulso adelgazar y las conductas alimentarias anómalas están menos presentes que en el resto de los TCA en nuestra muestra.

Probablemente esto se deba a que este cuestionario pregunta sobre hábitos saludables y organizados en la conducta alimentaria, siendo algo que no parece disfuncional en las pacientes con trastorno por atracón. En estos la alteración consiste en episodios de ingesta compulsiva pero el resto de las comidas y horarios en general suelen mantenerse excepto en los casos más graves.

Tal y como comprobó Atiye (2015), el EAT, es un gran instrumento para detectar a quienes puntúan por encima de 20 que habitualmente perciben la necesidad de que su IMC esté por debajo de 17, y todo ello en mujeres sociodemográficamente parecidas a las de nuestro trabajo. Estos hallazgos explican en parte nuestros resultados en los que el trastorno por atracón (en el que el IMC no está por debajo de 17) obtiene mejores puntuaciones en comparación con el resto de diagnósticos de TCA.

BITE (Síntomas Bulímicos) y diagnóstico

Como era de esperar la Bulimia Nerviosa es la que obtiene las puntuaciones más altas en la escala BITE (Test de Bulimia de Edimburgo) que superan a las pacientes con anorexia nerviosa restrictiva y a los trastornos de atracón.

Las puntuaciones altas en este test predecirían el diagnóstico de bulimia nerviosa. Aunque no se han observado diferencias significativas con la ANP por lo que no discriminaría entre estos dos diagnósticos.

Relación entre los diferentes diagnósticos TCA y el test EDI

Teniendo en cuenta que el EDI es un instrumento dirigido a evaluar en las pacientes con TCA abordando más directamente la esfera psicológica en relación al autoconcepto, y las relaciones interpersonales, la subescala insatisfacción corporal parece representar una diferencia entre el grupo de bulimia nerviosa y el de anorexia nerviosa purgativa que en otras medidas no obtienen demasiadas diferencias. La insatisfacción corporal podría ser un elemento discriminatorio entre ambos grupos diagnósticos, siendo superior en la bulimia. Esta diferencia es llamativa y merece ser estudiada más en profundidad. Hasta ahora la insatisfacción corporal se asociaba a todos los TCA por igual (Borda, Torres, y del Río, 2008; Franco-paredes, Mancilla-Díaz, Peck y Lightsey, 2008).

El grupo de pacientes que muestran mayor sensación de ineffectividad y baja autoestima es el de las anoréxicas nerviosas purgativas siendo significativas las diferencias exclusivamente con el grupo de trastorno de atracón. No encontrándose diferencias significativas entre los otros grupos. La baja autoestima se ha identificado como un factor con gran influencia en el desarrollo y mantenimiento de trastornos de la conducta alimentaria (Borda 2011)

Luego, las puntuaciones altas en la subescala de ineffectividad y baja autoestima tienen más probabilidad de darse entre trastornos bulímicos seguidos de la anorexia nerviosa purgativa y restrictiva. El grupo que menos problemas de autoestima tendrían sería el TA. Como hemos reiterado en esta tesis el trastorno por atracón al ser un

diagnóstico de nueva aparición en la última clasificación DSM-5, tiene poca información sobre sus correlaciones con otras patologías o síntomas. Pero de momento podría concluirse en base a nuestros datos que las personas aquejadas de TA tienen menos sentimiento de baja autoestima dentro de los trastornos de alimentación.

La subescala de impulso a la delgadez del EDI obtiene una mayor puntuación en BN siendo significativamente mayor que en TA. Si bien no encontramos datos sobre el trastorno de atracón, a la espera de más estudios sobre este trastorno según nuestros datos se puede concluir que hay mayor impulso a la delgadez en bulimia que en trastornos por atracón.

En los síntomas bulímicos la BN obtiene puntuaciones superiores a los dos tipos de anorexia de manera significativa. También los TA obtienen puntuaciones superiores a las pacientes con anorexia de forma significativa. No encontrándose diferencias entre el grupo con BN y el grupo con TA. En este caso la subescala que mide los síntomas bulímicos del EDI diferencia entre la anorexia restrictiva y la purgativa por un lado y la bulimia y el trastorno por atracón por otro. Esta diferencia en esta subescala agrupa por primera vez en este test la BN y el TA., pudiendo deberse esta similitud a que una de las cosas que mida la subescala de síntomas bulímicos del EDI se centre más en los atracones que en las conductas purgativas. Esto explicaría que en este caso la BN y la ANP que hasta ahora iban emparejadas en gran número de medidas queden divididas en este caso. Dentro del grupo de anorexia las ANP obtienen puntuaciones más altas de forma significativa en la medida de síntomas bulímicos que la ANR como por otro lado era esperable.

Discusión sobre los resultados de las correlaciones purgativas/ no purgativas y rasgos de personalidad

Hemos clasificado los trastornos en dos grupos en función de si son purgativos o no como sugieren varios autores (Wagner 2006; Peat 2009) como modo de clasificación más adecuada para los TCA y sobre todo porque las formas purgativas son

consideradas las más graves y las que tienen una evolución con mayor número de complicaciones. Y los datos que hemos obtenido son los mismos que en la clasificación por diagnósticos. Esto viene a confirmar que lo que realmente hace diferente un tipo de trastorno de otro es la presencia de comportamientos purgativos fundamentalmente. Y que no se encuentran grandes diferencias entre las características de personalidad de los otros trastornos no purgativos.

Nuestros datos en los que las puntuaciones en muchas escalas se mantienen más parecidos entre el grupo de ANP y BN que con ANR seguirían esta línea que diferencia entre pacientes purgativas y no purgativas. Así mismo en las medidas de gravedad en general las puntuaciones más altas obtenidas por nuestras pacientes corresponden a los diagnósticos ANP y BN, siendo en estas pacientes un síntoma común la presencia de conductas compensatorias. Por otro lado los grupos que obtienen como norma general mejores resultados son el del TA y el de ANR que no tienen conductas compensatorias. Estos datos son similares a los de Halmi (1973) que decía que las conductas purgativas en pacientes con AN predicen pronósticos más negativos.

En nuestra muestra solo dos rasgos de personalidad tienen medidas significativamente más altas en las pacientes purgativas frente a las no purgativas. Esto significa que las pacientes purgativas tienen más rasgos histriónicos y límites que las no purgativas. Estos serían los rasgos que nos permitirían predecir si una paciente va a ser purgativa o no.

Parece en cualquier caso que la presencia de estos dos rasgos están más presentes en la bulimia nerviosa y menos en la anorexia nerviosa restrictiva en el caso del rasgo histriónico y menos en el trastorno de atracón en el caso del rasgo límite. No se observan diferencias con la ANP.

Parece pues que la clasificación purgativas/ no purgativas es operativa desde el punto de vista clínico y esto tiene sus repercusiones en el ámbito terapéutico y preventivo como sugieren varios autores. (Halmi, 1992, Wagner 2006).

Nuestros resultados confirman los datos referidos en la mayoría de la literatura referente a la personalidad que tradicionalmente ha relacionado la bulimia nerviosa con el trastorno límite de personalidad (Masjuán, 2003; Echeburúa, 2001; Hudson, 1987). Los síntomas que caracterizan a la bulimia son los atracones y los vómitos que claramente se relacionan a su vez con la impulsividad que a su vez es característica de los trastornos límite e histriónico de la personalidad, pertenecientes al cluster B, siendo más teatrales y más actuadores. (Modestin, Oberson y Erni, 1997; Wonderlich, 1990)

Las pacientes con trastornos de alimentación no diferirían mucho unas de otras en otro tipo de rasgos con un componente más cognitivo o ideacional como los pertenecientes al cluster A o C al clasificarlas como purgativas o no purgativas. Claramente ser purgativo o no serlo está en relación con tener rasgos límites o histriónicos, ambos pertenecientes al cluster B. Luego hay mayor riesgo de desarrollar conductas purgativas en aquellas personas con rasgos más actuadores, o impulsivos.

III Discusión de los resultados de la correlación entre Personalidad y diagnóstico clínico

Hemos buscado la relación que pueda existir entre los rasgos de personalidad y el tipo de diagnóstico clínico dentro de los TCA. De manera que los rasgos nos ayudasen a clasificar a las pacientes en el tipo de trastorno que van a desarrollar, pensando sobre todo en la prevención o en la intervención temprana. Wildes et al. (2011) apoya la utilidad de clasificar a las pacientes anoréxicas en base a su personalidad de cara a predecir su posible evolución y propone subclasificar a las pacientes basándose en la comorbilidad con la psicopatología de la personalidad.

Tradicionalmente se ha relacionado la anorexia con el trastorno obsesivo (Thiel 1995), sin embargo nuestros datos no encuentran esa relación.

Los análisis realizados no encuentran rasgos de personalidad significativamente asociados a los diferentes trastornos de la conducta alimentaria excepto dos de ellos.

Los únicos rasgos de personalidad en los que se encuentran diferencias significativas en relación al diagnóstico clínico son los rasgos histriónicos y límite. Es decir, que no hay unos rasgos específicamente vinculados a cada uno de los diagnósticos de TCA, excepto los anteriormente citados.

Estos rasgos de personalidad son significativamente más altos en la bulimia en comparación a la anorexia nerviosa restrictiva y al trastorno por atracón.

Nuestros datos confirman los encontrados en otros trabajos respecto a las personalidades relacionadas con los diferentes TCA en los que se encuentra que la comorbilidad del trastorno límite y la bulimia puede oscilar entre 2% al 47%(Wonderlich, 1990). Sin embargo, no hemos encontrado una asociación entre características obsesivas y anorexia nerviosa tal y como proponen otros autores (Vitousek y Manke 1994). En esta línea MacGregor (2014) sorprendentemente no encuentran diferencias en las características obsesivas y conductas restrictivas entre pacientes anoréxicas y bulímicas.

La mayoría de los estudios encuentran relación entre el trastorno límite de la personalidad con la bulimia nerviosa (Vitousek, Manke, 1994; Pérez et al. 2008), aunque sin embargo, MacGregor (2014) encuentra que las pacientes con anorexia presentan puntuaciones más altas en la escala de características límite que las pacientes con bulimia nerviosa.

2 Rasgos patológicos de la personalidad y su relación con la gravedad de los síntomas

En una primera aproximación al análisis de la influencia de los rasgos de personalidad sobre la gravedad clínica de los TCA, haremos un resumen del análisis de correlación:

Ser **paranoide** por sí solo no nos va a aportar demasiada información sobre qué medidas y qué síntomas se van a ver claramente influenciados por este rasgo ya que hay una correlación positiva con un gran número de medidas de gravedad sintomática. Pero desde luego nos alerta de que la presencia de este rasgo aumenta la gravedad del trastorno alimentario al relacionarse significativamente con gran cantidad de medidas de gravedad sintomática.

Tener rasgos **esquizoides** tampoco nos va a dar una información muy precisa respecto a los síntomas en los que tiene repercusión ya que correlaciona con un número importante de ellos. Quizá sería destacable la falta de correlación con las medidas de impulsividad exceptuando la cognitiva. Las personalidades esquizoides son menos impulsivas y por lo tanto se encontraran en estas personas menor número de conductas asociadas a la impulsividad.

El rasgo **esquizotípico** también correlaciona con bastantes escalas de gravedad de los síntomas por lo que por sí solo no daría una información muy precisa sobre qué síntomas van a verse más acentuados. Es un rasgo que no había aparecido en la literatura como asociado especialmente a trastornos de alimentación y que sin embargo en nuestra muestra cobra un gran protagonismo.

El rasgo **histriónico** sí que nos aportaría información más precisa sobre qué medidas de gravedad de los síntomas se van a ver más afectadas. En este caso sobre todas destacan la mayor puntuación que obtienen las pacientes con rasgos histriónicos de personalidad en impulsividad, en síntomas bulímicos y en consumo de alcohol.

Si tenemos en cuenta que las conductas purgativas o impulsivas son las más graves por las consecuencias que tienen para la salud y para el pronóstico. Las pacientes con

rasgos histriónicos puntuarían más en aquellas escalas y subescalas que tienen relación directa con la impulsividad y las conductas purgativas. Las dos subescalas del BITE que mide los síntomas bulímicos y su gravedad y casi todas las medidas de impulsividad obtienen puntuaciones más altas en pacientes con estos rasgo. Luego aunque se encuentra menor número de correlaciones de este rasgo cuando aparece se asocia a conductas impulsivas y bulímicas.

Puntuar en rasgos **antisociales** tiene influencia en menos medidas de gravedad, sin embargo es una buena forma de identificar a pacientes que presentan impulsividad puesto que puntúan más en todas las medidas de impulsividad como rasgo característico junto con el histriónico.

El rasgo **narcisista** por sí mismo permite discriminar aquellas escalas de gravedad concretas en las que las puntuaciones serán más altas que son en la impulsividad motora y perfeccionismo. En el resto de las medidas no habrá diferencias entre las personas con TCA que no tengan estos rasgos. El rasgo narcisista parece ser un factor protector para las personas con TCA. Esto probablemente se deba a la alta autoestima que poseen las personas y su alta valoración. Por lo que es poco probable que se vean afectadas por la imagen ante los demás y su aspecto.

Las personas de nuestra muestra con rasgo **límite** de personalidad obtienen puntuaciones superiores en prácticamente todas las medidas de gravedad frente a las que no poseen ese rasgo. Por sí mismo es poco valioso para discriminar en qué aspectos concretos se van a encontrar diferencias. Sin embargo, nos ofrece una clara información y es que la aparición de rasgos límites está asociada con una mayor complicación del cuadro, mayor sintomatología y peor pronóstico. Coincidiendo esto con los datos obtenidos hasta la fecha prácticamente todos los estudios (Zanarini 2014; Zimmerman 1999; Wonderlich 1990)

Tener rasgos **obsesivos** parece un factor protector frente a la gravedad ya que pocas escalas se ven aumentadas en su puntuación en las pacientes con estos rasgos. Las escalas y subescalas en las que se observa mayor puntuación son aquellas que miden

aspectos más cognitivos como el EDI, el EAT y la ansiedad como rasgo. Son medidas que hacen referencia a menos conductas y sintomatología física que cognitiva. Como era de esperar los rasgos obsesivos tienen relación con aquellas medidas de gravedad que valoran aspectos más relacionados con el pensamiento.

Tener rasgos **dependientes** de personalidad por sí mismo tampoco ofrece una clara correspondencia con un aumento en concreto de determinados síntomas ya que tienen relaciones significativas con muchos de ellos.

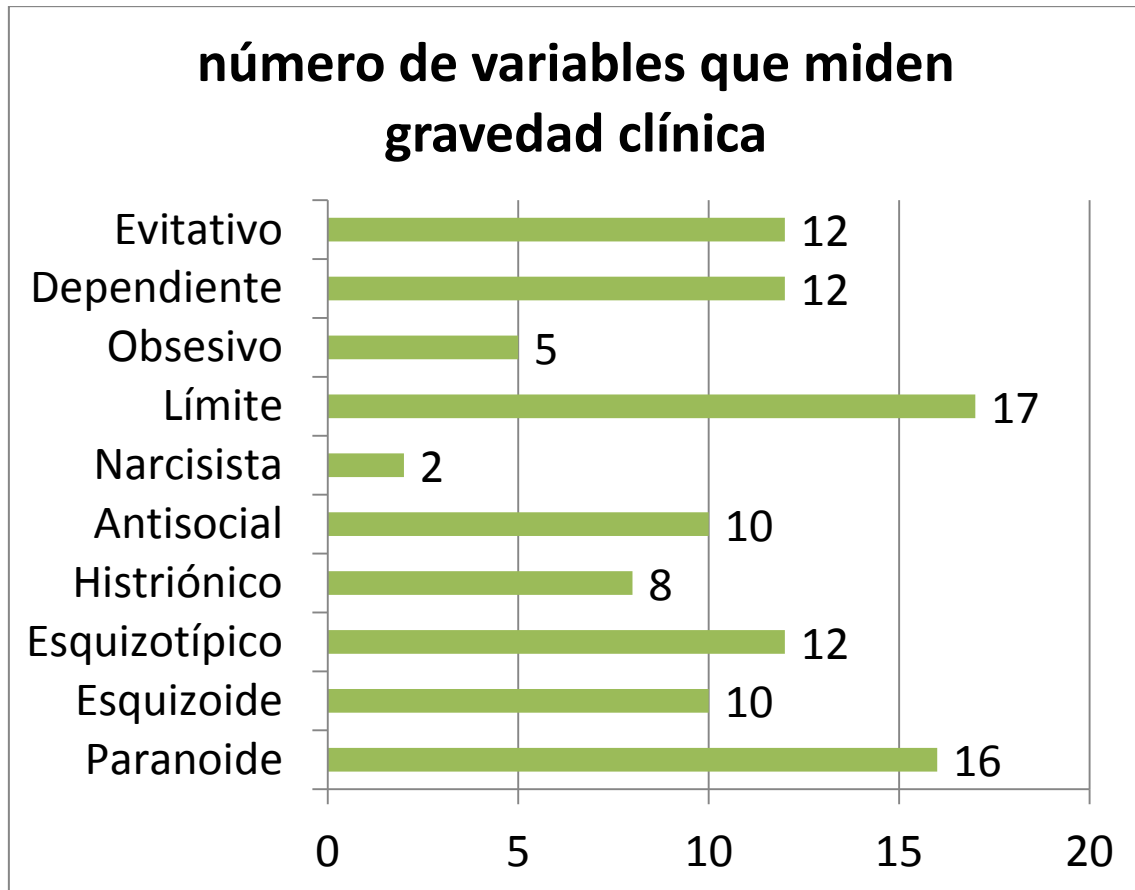
Tener rasgos **evitativos** también correlaciona con tener puntuaciones más altas en la mayoría de las medidas de gravedad de los síntomas, sin embargo, tampoco nos ayudaría a discriminar entre distintos síntomas.

Estos dos rasgos (dependiente y evitativo) han obtenido unos resultados con muchas correlaciones con diferentes medidas de gravedad y hasta ahora no habían sido identificados como rasgo especialmente predisponentes para los TCA.

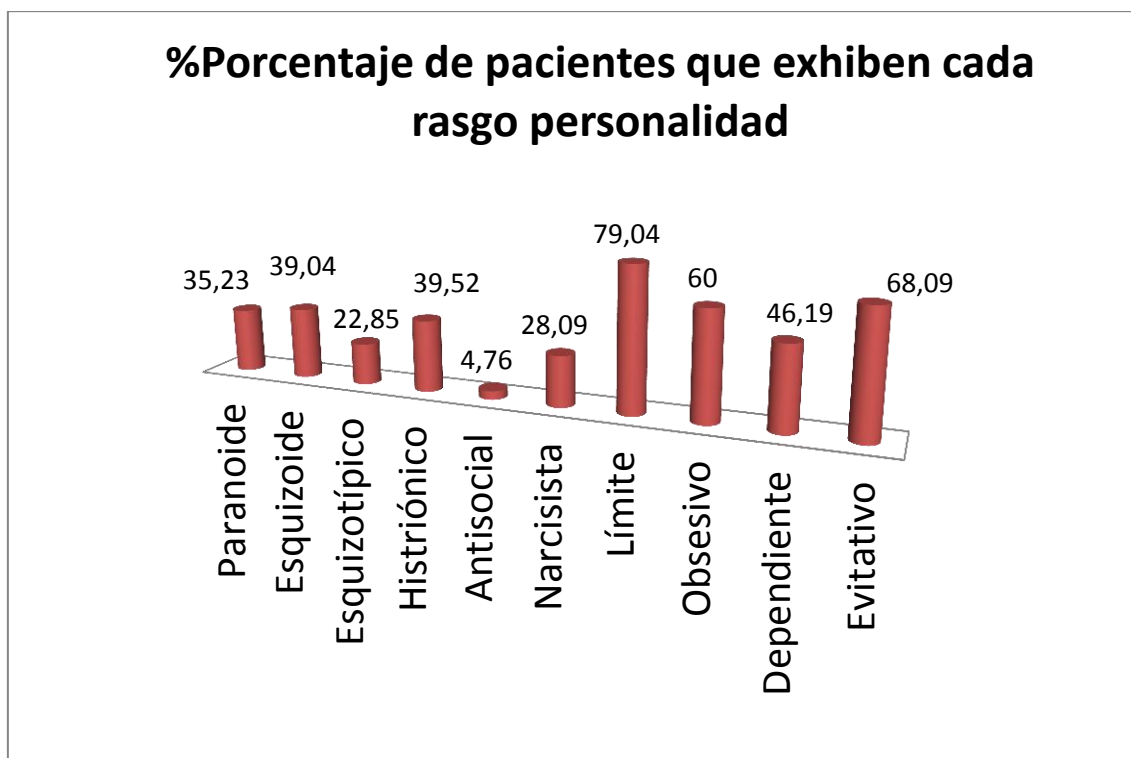
Discusión de los resultados obtenidos de la relación “2X2” entre los rasgos de personalidad y los síntomas

En un segundo análisis de cómo influyen los rasgos en la gravedad, hemos agrupado la muestra respecto a los rasgos de personalidad, en los que sí lo tienen a partir del punto de corte que indica la escala y los que no lo tienen. Es decir al dicotomizar definimos la presencia o ausencia de cada rasgo de personalidad y fijamos nuestra atención en las correlaciones que se encuentran con el grupo que sí tiene cualquiera de los rasgos de personalidad como representativo de las personalidades más patológicas. De la misma manera, se ha agrupado la muestra con punto de corte de cada una de las medidas de gravedad clínica, en el grupo que puntúa significativamente en determinado síntoma y el que no.

Teniendo en cuenta que existen en nuestro estudio 25 medidas de gravedad (de las cuales algunas de ellas son subescalas de un mismo cuestionario) y que han salido medidas significativas en 22 pasamos a ver cuáles han sido los rasgos de personalidad que más relaciones significativas han tenido con esas 22 medidas (ver gráfica):



Habiendo dicotomizado los datos en el grupo de los que puntúan en los diferentes rasgos y el de aquellos que no puntúan obtenemos los siguientes porcentajes en nuestra muestra (ver gráfica a continuación):



Estos porcentajes están realizados sobre datos acerca de la presencia o no de determinados rasgos según un punto de corte que corresponde al que se indica en el cuestionario autoaplicado del IPDE.

Del Río Sánchez (2002) en una muestra de TCA encuentra que los diagnósticos más frecuentes fueron en las escalas evitativa, histriónica y autodestructiva (39,39%), pasivo-agresiva (36,36%), esquizoide (30,30%), dependiente (27,27%), agresivo-sádica (18,18%), narcisista, compulsiva y límite (9,09%, respectivamente), paranoide y esquizotípica (6,06%, respectivamente) y antisocial (3,03%). En la comparación con el estudio de Wiederman y Pryor (1997) no se encontraron diferencias significativas en los porcentajes de pacientes con diagnósticos en las escalas esquizoide, histriónica, agresivo-sádica, esquizotípica y paranoide.

Nuestros porcentajes en comparación a los de la población clínica (Echeburúa y Corral 1999) por ejemplo, son altos en todos los rasgos. Esto puede deberse a que el cuestionario IPDE tenga tendencia a emplear puntuaciones bajas a modo de screening,

de manera que podría dar muchos falsos positivos para que posteriormente se analicen más en profundidad con la entrevista. Y de ese modo en nuestra población se estarían sobrediagnosticando esos rasgos.

También puede deberse a que nuestra muestra además de ser clínica pertenece a una población fundamentalmente crónica. De este modo estos datos nos pueden hacer pensar que es la presencia de rasgos patológicos de personalidad lo que tiene influencia en la evolución hacia la cronicidad. (Herzog 1992; Bulik 2000)

Nuestros hallazgos permiten diferenciar qué rasgos van a tener mayor influencia en síntomas como la depresión, la ansiedad, el consumo de alcohol o las actitudes o los hábitos alimentarios y la impulsividad.

Se obtienen evidencias de que algunos rasgos van a tener influencia en determinados aspectos o síntomas que agravan los TCA. Por ejemplo se detectan rasgos que están asociados a la impulsividad, algunos de ellos tradicionalmente conocidos y estudiados como los rasgos límite, histriónico y antisocial. Pero también se detectan otros menos evidentes o estudiados en menor medida como es el dependiente o el evitativo por ejemplo.

Otro dato que se extrae es la baja influencia que el rasgo narcisista de la personalidad tiene en las medidas de gravedad, siendo un factor que no parece agravar el trastorno alimentario. El rasgo narcisista es el que menos correlaciones tiene con las medidas de gravedad. Con los datos dicotomizados según el punto de corte en nuestra muestra hay un 28,09 % de pacientes que tiene rasgos narcisistas. Este rasgo no nos aportaría información sobre los síntomas ni la gravedad del trastorno de alimentación. Pero en términos generales nos aporta información respecto a que parece ser un factor protector de sintomatología asociada a trastornos de la conducta alimentaria.

Respecto al consumo de alcohol, no se encuentran diferencias significativas entre los diferentes diagnósticos. Estos datos igualmente no significan que las pacientes de nuestra muestra no consuman alcohol sino que las diferencias que se puedan encontrar entre las pacientes en función del diagnóstico no son significativas. Por lo

tanto no va a haber un tipo de trastorno que predispongan específicamente al consumo de alcohol. De hecho con los datos dicotomizados una cuarta parte de nuestra muestra obtenía puntuaciones positivas en el test sobre consumo de alcohol. Pero no podemos establecer en qué diagnósticos es más probable este consumo.

En la literatura el consumo de alcohol se ha relacionado con pacientes bulímicas (Fassino, Daga y Amianto 2002). Esta relación se explica fundamentalmente asociada a la impulsividad que tal y como aparece en nuestros datos coincidiendo con los conocimientos hasta la fecha está más vinculada a la bulimia nerviosa.

Sin embargo, como se deduce de nuestro estudio la impulsividad aunque si bien predomina en la BN está también presente en otros diagnósticos, sobre todo en la ANP. Teniendo en cuenta que nuestra muestra tiene una mayoría de pacientes con BN y ANP es lógico no encontrar muchas diferencias en la tasa de consumo de alcohol. Sin embargo, hay dos rasgos de personalidad cuya presencia sí se asocia a consumo de alcohol que son el rasgo histriónico y el antisocial. Estos dos rasgos son los dos únicos que puntúan positivamente en todas las subescalas de impulsividad. Podría concluirse que el alcohol se relaciona sobre todo con impulsividad. Curiosamente estos dos rasgos que se asocian a consumo de alcohol no puntúan en depresión ni en ansiedad. En nuestras pacientes pues, el uso alcohol se da en pacientes con tendencias impulsivas más que depresivas o ansiosas.

La ansiedad como hemos visto en diferentes correlaciones de esta tesis encuentra diferencias entre los miembros de nuestra muestra cuando se trata de la ansiedad como un rasgo de personalidad pero no cuando se trata de un estado puntual. Esto tampoco significa que nuestras pacientes no tengan ansiedad puntual sino que todas puntúan de manera similar sin poder establecer diferencias en función de ningún criterio de los que hemos empleado para clasificarlas (diagnósticos, rasgos de personalidad).

Con los datos dicotomizados hay 45 pacientes que puntúan positivo en ansiedad rasgo frente a 145 que puntúan que no. Nuestros hallazgos nos hacen reflexionar en todo

caso que los rasgos del cluster B se relacionan en menor medida con la ansiedad como rasgo. Y predomina más en rasgos pertenecientes al grupo A y C.

En el caso de la ansiedad como un rasgo estable de la persona obtenemos curiosamente que la mayoría de los rasgos del cluster B (excepto el rasgo límite) no tienen relaciones significativas.

En el caso en el que se ve una diferencia respecto a tener una mayor puntuación en ansiedad rasgo es en el rasgo límite de personalidad. Las personalidades límite tienen mayor ansiedad rasgo que las que no son límite. Luego son aspectos que tienden a darse conjuntamente.

En el resto de los cluster tanto en el A como en el C hay mayoría de rasgos que llevan asociada ansiedad rasgo. Estos son el paranoide y el esquizoide del grupo A y el dependiente y evitativo en el C.

Ni el rasgo esquizotípico ni el obsesivo tienen influencia a la hora de puntuar en ansiedad rasgo. La distribución en las respuesta es igual se tenga o no estos rasgo. Esto puede deberse a que ambos grupos tienen mucha ansiedad rasgo o poca. Pero en cualquier caso la identificación de estos rasgos de personalidad no nos va a aportar información sobre la ansiedad.

Esta falta de correlación de la mayoría de los rasgos del cluster B con la ansiedad rasgo puede deberse a la falta de identificación de esta sensación por parte de estos pacientes o a que al igual que ocurre en el caso de la depresión estas personas expresen su malestar de forma más externa que interna. Según algunos autores (Cavallo y Pinto, 2001) las pacientes con bulimia nerviosa recurren a los atracones como un forma de buscar alivio ante estados de ánimo negativos (ansiedad, tristeza, aburrimiento,...). Estados de ánimo negativos tales como el miedo, la ansiedad o la tristeza preceden en numerosas ocasiones a la ocurrencia de atracones en mujeres con bulimia nerviosa y trastorno por atracón (Chua, Touyz y Hill, 2004). Waters y cols. (2001) encontraron que el atracón era más probable en respuesta al ansia por la comida cuando la persona estaba más tensa pero menos hambrienta. Estos hallazgos

apoyarían la hipótesis de que la ansiedad sería poco identificada por estas pacientes ya que suelen tender a actuarla en forma de conductas que alivian o descargan su ansiedad.

La depresión se asocia sobre todo a rasgos del cluster A y C, en todos estos rasgos hay diferencias significativas entre las pacientes que tienen ese rasgo y las que no en la puntuación en depresión. Por otro lado en el rasgo límite, como el único del cluster B, se encuentran diferencias entre las pacientes que tienen ese rasgo y la presencia de depresión.

De nuestra muestra 46 pacientes puntuaban positivo en depresión frente a 162 que no. Si bien los grupos diagnósticos no permiten diferenciar claramente qué pacientes van a tener depresión y cuáles no, los rasgos de personalidad sí pueden identificar qué tipo de pacientes van a puntuar en depresión con mayor probabilidad.

Respecto a los diagnósticos las pacientes con ANP tienen más depresión que los trastornos por atracón. Pero entre el resto de los diagnósticos no se encuentran diferencias. Una vez más el trastorno por atracón conlleva menos sintomatología asociada y menor gravedad, en este caso en la sintomatología depresiva.

Hasta ahora se han encontrado pocos datos de los trastornos por atracón al ser una categoría recientemente incorporada al DSM-5.

Respecto a los rasgos del grupo B nuestros datos no dejan claro si los rasgos histriónico, antisocial y narcisista tiene mayor a menor depresión. Lo que indica es la presencia de estos rasgos no va a variar la puntuación en depresión sea esta alta o baja.

Luego la depresión va a aparecer claramente en las pacientes con rasgos de los cluster A y C, así como en pacientes límite. Estos rasgos son un factor de riesgo para desarrollar depresión.

Si vemos los resultados de depresión en relación a otros factores de gravedad se observa que en contraposición al patrón de respuesta del BDI se encuentra la

impulsividad. Si bien el patrón no es exactamente opuesto, encontramos que en el cluster B exceptuando el rasgo narcisista (que ya hemos visto no tiene apenas relaciones significativas con la gravedad) todos los demás rasgos obtienen relación positiva con la impulsividad. Es el cluster B (exceptuando el rasgo narcisista) que mayores tasas de impulsividad tiene en función de los rasgos al compararlo sobre todo con el cluster C en su conjunto. Con el cluster A también existen diferencias pero menos notable en el conjunto del grupo.

Que la depresión aparezca más en los clusters A y C podría deberse a que en el cluster B la frustración o los sentimientos negativos son exteriorizados en forma de conductas impulsivas. Esta es la vivencia típica de las pacientes límite donde hay una relación de continuidad en la vivencia de sentimientos negativos y las autolesiones o las conductas impulsivas como consumir alcohol, comida, drogas, etc. Así mismo el rasgo antisocial está caracterizado por conductas impulsivas fruto de la frustración por los deseos no satisfechos en muchos casos.

La depresión supone la interiorización de la vivencia de duelo, o dolor psíquico que probablemente en personalidades más tendentes a la impulsividad encuentren su canalización en conductas y expresiones hacia el exterior.

Podría hipotetizarse que las personas con rasgos de personalidad de los grupos A y C tendrán más presencia de depresión pero esto precisa de estudios posteriores que lo confirmen. Como hemos señalado anteriormente en relación a la ansiedad (Cavallo y Pinto, 2001; Chua, Touyz y Hill, 2004), la depresión como sentimiento o de tensión podría exteriorizarse en conductas impulsivas como modo de encontrar alivio. De esa manera habría menos conciencia de depresión así como de ansiedad.

La impulsividad está asociada claramente a diagnósticos que conllevan conductas purgativas, predominando en las puntuaciones altas la BN seguida de cerca por la ANP y con diferencias con la ANR y el TA. En este caso la impulsividad parece tener más influencia en comportamientos de purga que en atracones o ingestas compulsivas. Este dato es importante ya que se suele asociar la impulsividad a conductas de

consumo tradicionalmente como el alcohol, la comida, las drogas, etc. Sin embargo, en los trastornos de alimentación la impulsividad parece más implicada en las conductas de purga que en los atracones a la luz de nuestros resultados.

Con los datos dicotomizados aproximadamente la cuarta parte de nuestra muestra puntúa en impulsividad.

Respecto a los rasgos de personalidad es el cluster B donde se encuentran más rasgos que tengan relación significativa con la impulsividad. A excepción del rasgo narcisista, los otros tres rasgos que forman parte de este cluster: histriónico, antisocial y límite relacionan positivamente con la gran mayoría de las diferentes subescalas de medida de impulsividad. Esto concuerda con los hallazgos recogidos en la literatura respecto a la impulsividad en relación a los trastornos de personalidad del cluster B (Hollander, 2003; Steel, 1998)

Les sigue en frecuencia el cluster A con el rasgo paranoide y el esquizotípico y del cluster C el dependiente. Este dato llama la atención pues de cuatro medidas de impulsividad que conlleva el Test de Barrat las personas dependientes puntúan en tres de ellas.

En cualquier caso la impulsividad coincidiendo con la mayoría de los autores es un rasgo muy presente en los TCA en general (Wonderlich, 2004; Fernández-Aranda 2006). Y nuestros datos confirman los hallazgos respecto a los diagnósticos, las conductas purgativas y los rasgos del cluster B.

Ahora bien, es llamativo que las pacientes que puntúan positivo en rasgo dependiente de personalidad tienen mayor probabilidad de presentar impulsividad que las que no tiene ese rasgo.

En un primer momento este dato puede resultar chocante. Probablemente esto se deba a la idea de la personalidad dependiente como sumisa, cuya intención es agradar, con miedo a la soledad y sentimientos de incapacidad delegando las decisiones y la iniciativa en los demás. Sin embargo, esta sumisión se pone de manifiesto en las relaciones con los demás exclusivamente. Ahora bien, existe una personalidad

dependiente que se puede desarrollar su dependencia en relación a sustancias o actividades y en estos casos es probable que la relación no sea de sumisión sino de búsqueda de las sustancias o actividades de las que se depende. En los últimos años se viene estudiado la dependencia a sustancias y a otro tipo de actividades como por ejemplo a las nuevas tecnologías, el juego patológico, las compras compulsivas, etc. Así mismo se está empezando a prestar atención a la dependencia emocional (Castelló J. 2005) como una forma de relación acaparadora y con cierta avidez a modo de la dependencia a una sustancia. En estos casos las personas suelen mostrar una tendencia a actos impulsivos, al craving y a la búsqueda activa de aquel objeto o sustancia de la que se es dependiente (Pedrero 2012; Robinson 1993). Esto concuerda con nuestros resultados en los que la dependencia y la impulsividad están relacionadas positivamente.

Respecto a la actitud frente al cambio y la conciencia de enfermedad evaluada con el test ACTA excepto los rasgos histriónicos y narcisistas que parecen no influir en la actitud frente al cambio en los TCA. Todos los demás rasgos influyen de una manera negativa, ya que o bien encontramos correlaciones positivas con las subescalas que predicen peores actitudes o correlaciones negativas con las escalas que predicen mejores actitudes.

Puntuaciones altas en la subescala de precontemplación y contemplación informan de que el paciente tiene poca motivación para resolver su trastorno, por lo que aumentos de riesgo de puntuar en estas subescalas positivamente repercuten negativamente en el estado de las pacientes. En nuestro caso los rasgos paranoide, esquizotípico, antisocial, límite y dependiente tienen relaciones positivas con las fases de precontemplación lo que según los hallazgos de otros estudios se asocian a puntuaciones altas en la medida de síntomas alimentarios con el EAT, lo que a su vez se asocia con abandonos del tratamiento. (Rodríguez-Cano et al 2012).

Puntuaciones altas en las subescalas de acción y mantenimiento sugieren que el paciente está altamente motivado para solucionar su problema, por lo tanto puntuaciones positivas en estas escalas repercuten positivamente en el estado de las pacientes. . Rodríguez-Cano et al (2005) encuentra que las altas puntuaciones en la subescala de mantenimiento correlacionaban con una mejoría en las puntuaciones de las escalas que medían síntomas alimentarios (EAT, EDI y el BITE). En nuestro caso no encontramos ningún rasgo de personalidad que tenga relación positiva con la fase de mantenimiento.

Las puntuaciones de nuestras pacientes hablan de una mala actitud frente al cambio en general, prácticamente en todos los rasgos por igual. Una vez más esto nos lleva a reflexionar sobre la alta tasa de cronicidad de nuestra muestra como un factor explicativo de estos negativos resultados.

En relación a los datos obtenidos del cuestionario EDI, en las pacientes con TCA los rasgos de personalidad no incrementan el riesgo de Impulso a la delgadez ni de sintomatología bulímica reflejado en el EDI. Probablemente no se encuentren diferencias significativas en impulso a la delgadez y sintomatología bulímica porque sea algo común en toda la muestra, no habiendo diferencias entre ellas. Al igual que ocurre con el STAI estado y con el AUDIT, en los que no se han encontrado diferencias intragrupo en función de los rasgos de personalidad.

Las subescalas que más relaciones significativas encuentran son las de perfeccionismo y desconfianza interpersonal.

El perfeccionismo es una característica fundamental observable en los TCA, el riesgo aumentado de puntuar en esta subescala del EDI destaca en el rasgo límite y como era de esperar en el obsesivo. El perfeccionismo tiene un reparto similar en los diferentes clusters aunque llama la atención la relación positiva que tiene con rasgos del grupo B como son el histriónico, el límite y el narcisista. Borda (2011) hace referencia al papel

que tiene el perfeccionismo como variable mediadora del efecto del rasgo de personalidad límite sobre los trastornos de la conducta alimentaria.

La desconfianza interpersonal valorada por el EDI, se encuentra con un riesgo evidente en los rasgos del Cluster A mayoritariamente, destacando igualmente en las pacientes que presentan rasgos evitativos y dependientes. Resulta coherente que los rasgos histriónicos protejan a su vez de la desconfianza interpersonal, debido a la emotividad y la cercanía que muestran en las relaciones interpersonales.

Es reseñable el riesgo de puntuar positivo en miedo a madurar, fundamentalmente en los rasgos límite y antisocial. Pudiendo este aspecto estar más asociado a la impulsividad, más propia de estos dos rasgos de personalidad que a la dependencia como tal vez fuese más lógico pensar. Estos datos precisan un estudio más en profundidad.

Algunos estudios encuentran que las personas con TCA presentan determinadas características como un alto nivel de perfeccionismo, baja autoestima, rigidez e insatisfacción corporal. (Borda, Torres, y del Río, 2008; Franco-paredes, Mancilla-Díaz, Peck y Lightsey, 2008).

La insatisfacción corporal ha sido señalada por algunos estudios (Wilcox and Laird, 2000; Zaitsoff, Fehon, and Grilo, 2009) como un factor determinante en el origen de los TCA.

La baja autoestima en nuestro estudio se ve claramente influenciada en algunos rasgos de personalidad siendo más destacable en las pacientes con rasgos límite, evitativo, dependiente, esquizotípico y esquizoide. Esto coincide parcialmente con lo encontrado por Borda (2011).

La baja autoestima se ha considerado de manera habitual como un factor relevante en la vulnerabilidad para desarrollar y mantener un TCA (Fairburn, Cooper, Doll, y Welch, 1999; Shea y Pritchard, 2007).

Nuestra hipótesis a cerca de la influencia de la personalidad en la gravedad de los síntomas ha sido anteriormente estudiada encontrando diferentes resultados. Por ejemplo Huas (2011) buscando predictores de fracaso en los tratamientos encuentra entre otros factores asociados al peso, a trastornos de personalidad y a la impulsividad. Así mismo hay estudios (Larson 2004) que concluyeron que la alta prevalencia de trastornos de la personalidad y de sintomatología de la personalidad reflejaban el grave deterioro de las pacientes TCA crónicas.

Se ha prestado tradicionalmente atención a dos trastornos de personalidad que se asocian a los trastornos de la conducta alimentaria como son el límite para la bulimia nerviosa y el obsesivo para la anorexia restrictiva (Reas et al. 2013). Por ejemplo, usando tanto el IPDE como otros sistemas categoriales, la impulsividad y los trastornos de personalidad límite e histriónico son más comunes en BN, mientras que las pacientes con AN tienen más probabilidad de ser diagnosticadas de obsesivas, dependientes y ansiosas (Bornstein 2001; Karwautz, Rabe-Hesketh, Collier y Treasure 2003).

Los rasgos para los que las puntuaciones en medidas de gravedad son significativamente más altas son sobre todo los más conocidos e identificados en la mayoría de los estudios de comorbilidad: límite, obsesivo e histriónico. (Modestin, Oberson y Erni, 1997).

Sin embargo, aunque pocos, algunos estudios centran su interés en rasgos de personalidad menos investigados y encuentran porcentajes significativos de diferentes trastornos de personalidad que no obstante, están lejos de nuestros porcentajes (Loas et al 2013). Estos autores encuentran en una muestra de adolescentes la comorbilidad con otros rasgos de la personalidad como el antisocial (22,4%), evitativo (21,2%), dependiente (11,8%) y paranoide (9,4%) en pacientes con algún trastorno de personalidad diagnosticado. Nuestros datos apuntan a un 4,8% de pacientes con rasgos antisociales, 69,1% en evitativo, 46,6% en dependientes y un 35,7 % en paranoides, una muestra con trastornos de la conducta alimentaria. Si bien las muestras no son comparables ya que el diagnóstico principal en este estudio es un

trastorno de personalidad y en nuestro caso un trastorno de alimentación, estos datos nos permiten al menos concluir que los trastornos o rasgos con los que se relacionan los trastornos de alimentación son diferentes y con porcentajes distintos a los que aparecen en otros trastornos primarios como los trastornos de personalidad.

En nuestra muestra llama la atención el número de correlaciones positivas entre las medidas de gravedad de los síntomas y los rasgos paranoide, esquizotípico y esquizoide del cluster A y el dependiente y evitativo del cluster C. Otros autores han encontrado correlaciones con el cluster C además de con el B. (Matsunaga et al. 2000)

El rasgo que mayor número de relaciones significativas con las medidas de gravedad, coincidiendo con la literatura sobre personalidad y TCA es el rasgo límite con un 66,6% de relaciones significativas. Le sigue el rasgo paranoide con un 62%, los rasgos dependiente y evitativo con un 50% y el esquizotípico con un 45,8 %. Como rasgos con relaciones significativas inferiores al 50 % se encuentran el esquizoide y el antisocial con 37,5% y el histriónico con 29,1%.

Finalmente las menores relaciones significativas entre los rasgos de personalidad y la gravedad de los síntomas se aparece en nuestra muestra en el rasgo obsesivo 20,83 % y en el narcisista 8,3%.

Larson (2004) estudió los rasgos de personalidad como en nuestro estudio y encontró que los más frecuentes eran Paranoide, Esquizoide, Esquizotípico, Límite, Histriónico, Evitativo y Dependiente, cosa que confirman nuestros hallazgos.

El bajo porcentaje de correlaciones con el rasgo obsesivo que tradicionalmente se ha relacionado con la ANR (Reas et al. 2013) puede deberse a que en nuestra muestra el porcentaje de este diagnóstico era comparativamente menor que el del resto de trastornos (6,6%).

En nuestros datos, como se explica anteriormente, es llamativo el alto porcentaje de relaciones entre la gravedad de los síntomas y rasgos que tradicionalmente no son identificados como comórbidos. Estos rasgos son el paranoide, dependiente y evitativo así como el esquizotípico. Algunos estudios han encontrado rasgos paranoides

asociados a depresión e insatisfacción corporal relacionados con malos hábitos en pautas de alimentación (Sepulveda A 2010). Igualmente se ha relacionado el rasgo paranoide el esquizoide y el límite con los TCA (Borda et al 2011).

Así mismo en un metaanálisis reciente sobre estudios de TCA y rasgos de personalidad se objetiva que el mayor tamaño del efecto se ve en la personalidad evitativa en las pacientes con AN. (Atiye 2015).

Si bien es un tema que requiere estudios posteriores, se podría explicar la escasez de datos que confirmen nuestros hallazgos por las características comunes de dichos rasgos de personalidad (paranoide, dependiente y evitativo sobre todo) y su diferencia con otros más claramente identificados como comórbidos: tanto el rasgo paranoide, la dependiente y la evitativo son rasgos que hacen referencia a una actitud más que a una conducta. El paranoide es alguien desconfiado, se defiende, tienen la creencia de que le quieren perjudicar o de que es envidiado como características fundamentales. Pero no suele manifestar conductas claramente visibles para los demás de forma habitual. Su patología queda dentro del ámbito de sus creencias, ideas, autoconcepto e interpretación del mundo y seguramente es uno de los diagnósticos menos realizados en el ámbito de la salud mental. De hecho, en los últimos años cada vez más se realizan estudios focalizados en otras patologías menos asociadas tradicionalmente a los TCA como son los trastornos paranoides y psicóticos (Miotto et al 2010) que advierten de su frecuencia.

Igualmente le ocurre a los dependientes y evitativos para los que su patología tiene más que ver con una serie de actitudes y creencias sobre su poca valía y lo inadecuado de su comportamiento que tampoco se refleje en unos comportamientos o conductas claramente visibles para los demás (excepto las personas muy cercanas). Seguramente estas características hacen que se infradiagnostiquen estos trastornos y queden muchas veces eclipsados por otras patologías más severas o visibles. Pudiendo estos estar en el caso de los Trastornos de la conducta alimentaria infradiagnosticados debido al protagonismo que adquieren los síntomas relacionados con la alimentación por su urgencia e intensidad. Así mismo puede deberse a que, como explicábamos en

la introducción, muchas veces no se diagnostican al no alcanzar la gravedad o la intensidad suficiente para configurar un Trastorno de Personalidad pero que sin embargo, estén presentes sus rasgos en menor intensidad. En los últimos años no hay muchos estudios que hagan referencia al trastorno por dependencia, sin embargo, algunos autores encuentran que la personalidad dependiente se asociaba no sólo con depresión sino también con BN entre otros (Skodol et al 1993).

El trastorno límite y el histriónico tienen una repercusión en sus conductas, en sus hábitos y en la expresión de su emocionalidad claramente perceptible para el exterior. En el caso del obsesivo, sus rituales y su perfeccionismo quedan plasmados en conductas y rituales claramente visibles para los demás. Y seguramente esto haga más identificables estos trastornos o rasgos.

Probablemente esa visibilidad sea la que haya generado una mayor atención sobre estos trastornos de personalidad y se hayan dejado de lado otros menos llamativos y expresivos.

Nuestro estudio además de síntomas con un mayor componente sintomatológico desde el punto de vista clínico como es la ansiedad, la depresión, las conductas de purga y atracón, la impulsividad y el alcoholismo estudia aspectos de índole más cognitiva que son las evaluadas fundamentalmente con las subescalas de test ACTA y del EDI. Estas escalas están más centradas en actitudes e ideas que en conductas o síntomas.

Esto puede ser el motivo de que hayan emergido como relevantes rasgos de personalidad que a la luz de las conductas y manifestaciones clínicas pasen más desapercibidas.

Nuestros datos apuntan como se ha recogido anteriormente a unas altas relaciones entre las medidas de gravedad y varios rasgos: paranoide, esquizotípico, dependiente y evitativo.

El paranoide y esquizotípico son rasgos del cluster A que tiene mayor proximidad estructural con afectaciones de orden psicótica y los del cluster C son rasgos cercanos a trastornos mentales del espectro neurótico como las fobias y los trastornos de ansiedad.

Kenberg ha dedicado gran parte de sus trabajos al estudio de los llamados trastornos límite o borderline. Es su visión de las estructuras mentales además de las tradicionalmente identificadas por el psicoanálisis como psicóticas y neuróticas cobra fuerza una tercera estructura (no sin cierta controversia dentro del ámbito psicoanalítico respecto a su consideración como estructura o no) que sería la borderline y que coincide fundamentalmente con el trastorno límite de la personalidad pero que es compartida por los rasgos del cluster B de los trastornos de personalidad. Son personalidades con dificultad en el control de los impulsos, en la puesta de límites a sus deseos o impulsos y una relación ambivalente en grado extremo con los otros. Con una acercamiento o una distancia extrema en las relaciones con los demás. Son personas con unas grandes dificultades en las relaciones con los demás. Si observamos los trastornos del cluster B vemos que el narcisista tiene una gran dificultad en el interés por los demás con un predominio de egocentrismo e ignorancia de las necesidades del otro. El antisocial tiene la misma dificultad en la empatía y el vínculo con los demás, pero en este caso el componente agresivo e impulsivo domina su comportamiento, cosa que no ocurre en los narcisistas. El trastorno histriónico también se presenta como un trastorno en el que el interés por impactar al otro domina su comportamiento, sin embargo, establece relaciones superficiales y carentes de autenticidad. Se caracteriza además por una expresividad exagerada y teatral. Por último el trastorno límite tiene unas relaciones con el otro extremadamente ambivalentes, con gran sufrimiento asociado precisamente a las relaciones sociales o la falta de ellas y con una importante carga de impulsividad.

Por lo tanto parece que estos trastornos del cluster B tienen mayor dificultad con la impulsividad y las relaciones con los demás. Y hasta ahora eran los rasgos más asociados a los trastornos de alimentación.

En nuestra muestra como decimos cobran importancia otros rasgos menos identificados en los estudios. Teniendo en cuenta que nuestra muestra tiene un alto porcentaje de pacientes crónicas de larga evolución y edad superior a las muestras típicas en las que la mayoría de las pacientes son estudiadas al inicio de la enfermedad o en los primeros años de evolución, tal vez estos rasgos nos estén indicando el motivo por el que han cronificado el trastorno.

Tal vez el añadido de rasgos del cluster A y C junto a los habituales del B sean los causantes de una peor evolución o una cronificación de la enfermedad.

Se trataría por un lado de personalidades cercanas al espectro psicótico, con alteración en la interpretación de la realidad y con tendencia al aislamiento y ensimismamiento en torno a sus pensamientos o personalidades acomplejadas, ansiosas, temerosas y con sentimientos de incompetencia, propias de personalidades neuróticas. En esta línea MacGregor (2014) encuentra que tanto las pacientes con anorexia como con bulimia obtienen puntuaciones más altas en las escala de esquizofrenia que las pacientes con TCNE y con depresión. Esta escala valora aspectos como las alteraciones del pensamiento y el desapego. Como se ha comprobado (Bruch, 1973; Hartmann, 2013) las pacientes con anorexia tienen distorsión de su imagen corporal así como muestran características tales como evitación, desapego social, poca cercanía con los demás, etc. Pudiendo explicar estas características las elevaciones en la escala de esquizofrenia (MacGregor 2014).

Dificultades o inconvenientes de nuestro estudio

Tal vez nuestra muestra no sea representativa de todos los trastornos de alimentación. Es una muestra con una mayoría de diagnósticos de bulimia que representan el 62,3% y pertenecen a una unidad que tiene muchas pacientes de larga evolución en la enfermedad (Varela, Maldonado, Ferre, 2010).

No se ha querido tener en cuenta si existía comorbilidad con otros diagnósticos psiquiátricos. Esto puede hacer que muchos de lo que nosotros hemos considerado

como rasgos fuesen producto de otros diagnósticos concomitantes. Sin embargo, es una hecho intencionado el no haberlo tenido en cuenta, partiendo como decíamos en la introducción de que todo el mundo tiene personalidad y que determinados rasgos son más patológicos que otros.

El haber agrupado la muestra en base a los distintos puntos de corte puede hacer que se pierda información pero con una muestra tan grande y con una medida de personalidad poco estricta en sus criterios de inclusión o exclusión como es el cuestionario autoinformado del IPDE (utilizado en solitario sin la entrevista) era necesaria una forma de ordenar los resultados y discriminar mejor sobre la presencia de determinados rasgos.

Algunos rasgos están poco representados por lo que los datos que arrojan deben ser estudiados con cautela, como por ejemplo el rasgo antisocial.

No es un estudio longitudinal por lo que no se puede detectar si estos rasgos de personalidad encontrados son dependientes del estado nutricional o producto del propio trastorno de la conducta alimentaria o son rasgos más constitutivos de nuestras pacientes. Se necesitarán estudios posteriores que comprueben la estabilidad de los rasgos encontrados en un momento puntual como es en nuestro caso el de la llegada a nuestra Unidad.

VII. CONCLUSIONES

1. Nuestra hipótesis se cumple ya que se hemos encontrado diferencias significativas en las medidas de gravedad en función de determinados rasgos de personalidad.
 - La anorexia nerviosa purgativa y la bulimia presentan más gravedad de síntomas clínicos que la anorexia nerviosa restrictiva y el trastorno por atracón.
 - En pacientes crónicas el trastorno por atracón es el TCA menos grave. El Trastorno por Atracón es el que presenta menor gravedad dentro de los TCA
2. Los rasgos patológicos de personalidad que permitirán diferenciar entre los diferentes diagnósticos dentro de los TCA son el rasgo histriónico y el límite. Estos rasgos están asociados a la bulimia nerviosa por contraposición a la anorexia nerviosa restrictiva y al trastorno por atracón. Sin embargo, no diferencian entre BN y ANP.
3. Tener rasgos narcisistas es un factor protector frente a la gravedad de los síntomas clínicos en los TCA.
4. En pacientes crónicas y graves los rasgos de la personalidad Paranoide, Esquizotípico y Evitativo condicionan una mayor gravedad clínica.
5. Las personalidades histriónicas y antisociales presentan menos gravedad clínica salvo en la impulsividad.
6. No hay diferencias entre los distintos rasgos patológicos de personalidad y su influencia en la ansiedad que presentan nuestras pacientes salvo en el caso de la ansiedad como rasgo que va a ser mayor en el rasgo límite de personalidad.
7. La ansiedad como agravante del TCA es más determinante en las personalidades con características más psicológicas (cluster A y C) y es menos grave en las más actuadoras e impulsivas (cluster B)

8. Hay diferencias entre los rasgos del cluster A y C en depresión, presentando niveles más altos. Así mismo el rasgo límite (del cluster B) tiene más sintomatología depresiva.
9. A diferencia de la AN y BN, la depresión no es una complicación asociada en el TA.
10. Los rasgos que se relacionan con mayor impulsividad son: narcisista, paranoide, esquizotípico y dependiente.
11. La impulsividad es una característica clínica determinante en la BN y en ANP pero no en TA ni en ANR
12. Solo dos rasgos patológicos de personalidad permitirían diferenciar a las pacientes purgativas de las no purgativas que son el histriónico y el límite. Siendo las pacientes con dichos rasgos más tendentes a desarrollar cuadros purgativos.
13. Las pacientes con TCA que exhiben el rasgo histriónico y el antisocial presentan más tasa de consumo del alcohol.

VIII. BIBLIOGRAFÍA

- Abbate-Daga, G., Piero, A., Gramaglia, C., Fassino, S. (2005). Factors related to severity of vomiting behaviors in bulimia nervosa. *Psychiatry Research*, 134; 75–84
- Abbate-Daga, G., Amianto, F., Delsedime, N., De-Bacco, C. and Fassino S. (2013). Resistance to treatment in eating disorders: A critical challenge. *BMC Psychiatry*, 13:294
- Agras, W.S., Brandt HA, Bulik CM, Dolan-Sewell R, Fairburn CG, Halmi KA, Wilfley DE.(2004). Report of the National Institutes of Health workshop on overcoming barriers to treatment research in anorexia nervosa.*International Journal of Eating Disorders*, 35:509–521
- American Psychiatric Association,& American Psychiatric Association.(1994) Task Force on DSM-IV. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association Work Group on Eating Disorders.(2000). Practice guidelines for the treatment of patients with eating disorders.*Psychopharmacology Bulletin*, 157, 1 –39.
- American Psychiatry Association.(2000) Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders.*The American Journal of Psychiatry*, 157 suppl
- American Psychiatric Association (2013).Desk reference to the diagnostic criteria from DSM-5.Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association,& American Psychiatric Association. (2013). DSM-5 task force. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. (2014). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Anderluh M, Tchanturia K, Rabe-Hesketh S, Collier D, Treasure J. (2009) Lifetime course of eating disorders: design and validity testing of a new strategy to define the eating disorders phenotype. *Psychological Medicine*, Jan; 39(1):105-14
- Andersen, A. E. & Holman, J. E. (1997). Males with eating disorders: Challenges for treatment and research. *Psychopharmacology Bulletin*, 33, 391–397.
- Angst J, Cassano G. (2005).The mood spectrum: Improving the diagnosis of bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 7 (Suppl 4),4–12.
- Atiye M, Miettunen J, Raevuori-Helkamaa A. (2015).A meta-analysis of temperament in eating disorders.*European Eating Disorders Review*, Mar; 23(2):89-99
- Babor, T.F., de la Fuente, J.R., Saunders, J. and Grant, M. (1989) AUDIT The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Health Care.World Health Organization, Geneva.
- Babor TF, de la Fuente JR, Saunders J, Grant M. (1992) AUDIT. The alcohol use disorders identification test: Guidelinesfor use in primary health care. Programme on substance abuse. World Health Organization, 1-2.
- Barratt, E. S., Patton, J., & Stanford, M. (1975).Barratt Impulsiveness Scale.Barratt-Psychiatry Medical Branch, University of Texas.

- Barratt, E. S., Stanford, M. S., Kent, T. A., & Felthous, A. (1997). Neuropsychological and cognitive psychophysiological substrates of impulsive aggression. *Biological Psychiatry*, 4, 1045-1061.
- Basurte E. (2004) Antecedentes traumáticos, personalidad y disfunción del eje hipotálamo- hipofisario- adrenal en los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Tesis Doctoral. Universidad de Alcalá de Henares.
- Bayon, C., Hill, K., Svrakic, D. M., Przybeck, T. R., & Cloninger, C. R. (1996). Dimensional assessment of personality in an out-patient sample: relations of the systems of Millon and Cloninger. *Journal of psychiatric research*, 30(5), 341-352.
- Bean, P. (2005). Eating disorders in men: Update. *The Journal of Men's Health & Gender*, 2, 186-193.
- Beato-Fernández L, Rodríguez-Cano T. (2003) El cuestionario de actitudes frente al cambio en los trastornos de la conducta alimentaria (ACTA). Desarrollo y propiedades psicométricas. *Actas españolas de psiquiatría*, 31:111-9.
- Beato-Fernandez L, Rodriguez-Cano T, Belonte-Llario A, y Martinez-Delgado C. (2004) Risk factors for eating disorders in adolescent. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 13:287-94.
- Bechara, A., Damasio, A. R., Damasio, H., & Anderson, S. W. (1994). Insensitivity to future consequences following damage to human prefrontal cortex. *Cognition*, 50(1), 7-15.
- Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. (1961) An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4:561-71
- Becker, D. F., & Grilo, C. M. (2015). Comorbidity of mood and substance use disorders in patients with binge-eating disorder: Associations with personality disorder and eating disorder pathology. *Journal of psychosomatic research*.
- Bennet, D, Sharpe M, Freeman C, Carson A. (2004) Anorexia nervosa among female secondary school students in Ghana. *The British journal of psychiatry*, 185, 312-7.
- Bermúdez, J. (1978). Ansiedad y rendimiento. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 151, 183-207.
- Berridge, KC. (2009). 'Liking' and 'wanting' food rewards: brain substrates and roles in eating disorders. *Physiology & Behavior*, 97: 537---50
- Beumont, P. J., George, G. C., & Smart, D. E. (1976). "Dieters" and "vomitters and purgers" in anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 6(4), 617-622.
- Birmingham, C.L., Touyz S, Harbottle J. (2009). Are anorexia nervosa and bulimia nervosa separate disorders? Challenging the 'transdiagnostic' theory of eating disorders. *Eur Eat Disorders Rev*, 17:2---13.
- Borda, M., Torres, I., and Del Río, C. (2008). Dysthymia in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8, 65-75.
- Borda Mas, M., Navarro, M. L. A., Jiménez, A. M. L., Pérez, I. T., del Río Sánchez, C., & San Gregorio, M. Á. P. (2011). Personality traits and eating disorders: Mediating effects of self-esteem and perfectionism. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11(2), 205-227.

- Bornstein, R.F. (2001) A meta-analysis on the dependency-eating-disorders relationship: strength, specificity, and temporal stability. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23, 151-162
- Bramon-Bosch, E. T., Troop, N. A., & Treasure, J. L. (2000). Eating disorders in males: A comparison with female patients. *European Eating Disorders Review*, 8, 321–328.
- Braun, D.L., Sunday, S.R. y Halmi, K.A. (1994). Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders. *Psychological Medicine*, 24, 859-867
- Braun, D. L., Sunday, S. R., Huang, A., & Halmi, K. A. (1999). More males seek treatment for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 25, 415–424.
- Brown JM, Mehler PS, Harris RH. (2000). Medical complications occurring in adolescents with anorexia nervosa. *Western Journal of Medicine*, Mar;172(3):189-93
- Bruch, H. (1969). Hunger and instinct. *The Journal of nervous and mental disease*, 149(2), 91-114.
- Bruch, H (1973) Eating disorders: Obesity, anorexia, and the person within. New York: Basic Books.
- Bruch, H. (1978) La Jaula Dorada: el enigma de la anorexia nerviosa. España. Ed. Paidós.
- Bruch, H. (1982). Anorexia nervosa: therapy and theory. *American Journal of Psychiatry*, 139(12), 1531-1538.
- Buckner, J.D., Silgado, J. y Lewinsohn, P.M. (2010). Delineation of differential temporal relations between specific eating and anxiety disorders. *Journal of Psychiatric Research*, 44, 781-787.
- Bulik, C.M. (1987). Drug and alcohol abuse by bulimic women and their families. *American Journal of Psychiatry*, 144, 1604-1606.
- Bulik, C.M., Sullivan, P.F., Joyce, P.R., Carter, F.A., (1995). Temperament, character and personality disorder in bulimia nervosa. *Journal of Nervous and Mental Disease* 185, 704–707.
- Bulik, C.M., Sullivan, P.F., Joyce, P.R., Carter, F.A., McIntosh, V.V., (1998). Outcome predictors of 1-year treatment outcome in bulimia nervosa. *Comprehensive Psychiatry*, 39, 206–214.
- Bulik, C. M., Sullivan, P. F., Fear, J. L., & Pickering, A. (2000). Outcome of anorexia nervosa: eating attitudes, personality, and parental bonding. *International Journal of eating disorders*, 28(2), 139-147.
- Bulik, C., Klump KL., Thornton L., Kaplan AS., Devlin B., Fichter MM., Halmi KA., Strober M., Woodside DB., Crow S., Mitchell JE., Rotondo A., MAuri M., CAssanoGB., Keel PK., Berritini WH., Kaye WH. (2004). Alcohol use disorder comorbidity in eating disorders: a multicenter study. *Journal of Clinical Psychiatry*, Jul, 65(7), 1000-6.
- Bulik, C, Sullivan P, Tozzi F, Furberg H, Lichtenstein P, Pedersen N. (2006) Prevalence, Heritability, and Prospective Risk Factors for Anorexia Nervosa. *Archives of General Psychiatry*. 63:305-12

- Button E., Aldridge, S., & Palmer, R. (2008). Males assessed by a specialized adult eating disorders service: Patterns over time and comparisons with females. *International Journal of Eating Disorders*, 41, 758–761.
- Caglar-Nazali HP, Corfield F, Cardi V, Ambwani S, Leppanen J, Olabintan O, et al. (2013) A systematic review and meta-analysis of 'Systems for Social Processes' in eating disorders. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 42,55-92.
- Calvo R. (2011) Comprendiendo y superando la cronicidad en trastornos de la conducta alimentaria. *Acción Psicológica*, 8(1), 35-56.
- Calvo R. (2014) El paciente crónico. Ed. Morande G., Graell M., Blanco A.: Trastornos de la Conducta Alimentaria y Obesidad. Un enfoque integral. Ed Panamericana.
- Carlat, D. J., Camargo, C. A. Jr, & Herzog, D. C. (1997). Eating disorders in males: A report on 135 patients. *The American Journal of Psychiatry*, 154, 1127–1132.
- Carter JC, Blackmore E, Sutandar-Pinnock K, Woodside DB. (2004) Relapse in anorexia nervosa: A survival analysis. *Psychological Medicine*, 34, 671–679.
- Casper, R.C., Ecker, E.D., Lamí, K.A., Goldberg, S.C. y Davis J.M. (1980).The incidence and clinical significance of bulimia in patients with anorexia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 37, 1030-1035.
- Casper, R. C. (1990). Personality features of women with good outcome from restricting anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 52(2), 156-70.
- Casper, R. C., D. Hedeker, et al. (1992). Personality dimensions in eating disorders and their relevance for subtyping. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent* , 31(5), 830-40.
- Castelló, J. (2005). Dependencia emocional. Características y tratamiento. Madrid: Alianza.
- Castro J, Toro J, Salamero M. (1991) The eating attitudes test: validation of the Spanish version. *Eval Psicol*, 7, 175-90.
- Cavallo, D.A., y Pinto, A. (2001). Effects of mood induction on eating behavior and cigarette craving in dietary restrainers.*Eating Behaviors*, 2, 113-127.
- Chinchilla, A. (1994). Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. Madrid: Ergon.
- Chinchilla,A. (2003).Trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia y bulimia nerviosa, obesidad y atracones. Barcelona: Masson.
- Chua, J. L., Touyz, S., y Hill, A. J. (2004). Negative mood-induced overeating in obese binge eaters: An experimental study. *International Journal of Obesity*, 28: 606-610.
- Claes, L., Vandereyken, W. y Vertommen, H. (2002). Impulsive and compulsive traits in eatings disordered patients compared with controls. *Personality and Individual Differences*, 32: 707-714.
- Clark, L., Iversen, S. D., & Goodwin, G. M. (2001).A neuropsychological investigation of prefrontal cortex involvement in acute mania.*American Journal of Psychiatry*; 158, 1605–1611.
- Cloninger, C. R., D. M. Svrakic, et al. (1993). A psychobiological model of temperament and character.*Archives of General Psychiatry* 50(12): 975-90.
- Cloninger CR, Przybeck TR, Svrakic DM, Wetzel RD (1994) The Temperament and Character Inventory (TCI): A guide to its development and use. Center for Psychobiology of Personality, St. Louis, MO

- Cloninger, C. R., Bayon, C., & Svrakic, D. M. (1998). Measurement of temperament and character in mood disorders: a model of fundamental states as personality types. *Journal of affective disorders*, 51(1), 21-32.
- Cloninger CR. (2004) Feeling good. The science of well being. Oxford University Press.
- Conde C, Useros E. (1975) Adaptación castellana de la escala de evaluación conductual para la depresión de Beck. *Revista de psiquiatria y psicologia medica de europa y america latina*, 12, 217-36.
- Cooper Z, Cooper PJ, Fairburn CG. (1985) The specificity of the Eating Disorder Inventory. *British Journal of Clinical Psychology*, 24 (2), 129-30.
- Costa, P. & McCrae, R. (1995). Primary traits of Eysenck's P-E-N system: Three-and Five factor solutions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 308-317.
- Costa, P. & McCrae, R. (1997). Personality trait structure as a human universal. *American Psychologist*, 52, 509-516.
- Courbasson, C.M.A. (2003) Psychiatric characteristics of individuals seeking treatment for concurrent substance use and eating disorders: what else should we be addressing with our patients? Presented at Making Gains in Mental Health and Addictions; Research Recovery Renewal Conference. Niagara Falls, ON, Canada, September.
- Courbasson CM, Smith PD, Cleland PA. (2005) Substance use disorders, anorexia, bulimia, and concurrent disorders. *Canadian journal of public health*, Mar-Apr, 96(2), 102-6.
- Courbasson C, Brunshaw JM. (2009) The relationship between concurrent substance use disorders and eating disorders with personality disorders. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, Jul, 6(7), 2076-89.
- Crisp, A.H. (1976) The possible significance of some behavioral correlates of weight and carbohydrate intake. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 117-123.
- Cuestionario de autoevaluación Ansiedad Estado / Rasgo (STAI). (1982) Versión española adaptada por TEA
- Davey, G.C.L. y Chapman, L. (2009) Disgust and eating disorder symptomatology in a non-clinical population: The role of trait anxiety and anxiety sensitivity. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16, 268-275.
- De Silva, P. and S. Eysenck (1987) "Personality and addictiveness in anorexic and bulimic patients". *Personal and individual Differe*, 8(7): 749-751.
- DeJong, C.A.; van den Brink, W.; Hartveld F.M.; van der Wielen, E.G. (1993) Personality disorders in alcoholics and drug addicts. *Comprehensive Psychiatry*, 34, 87-94.
- Del Rio Sanchez C, Torres I, Bordá M. (2002) Comorbilidad entre bulimia nerviosa purgativa y trastornos de la personalidad según el Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-II). *International Journal of Clinical and Health Psychology*, Vol. 2, Nº 3, pp. 425-438.
- Deter H, Herzog W. (1994) Anorexia nervosa in a long-term perspective: Results of the Heidelberg- Mannheim study. *Psychosomatic Medicine*, 56, 20-27.
- Dickman, S. J. (1990). Functional and dysfunctional impulsivity: personality and cognitive correlates. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(1), 95-102.

- Dickman, S. J. (2000). Impulsivity, arousal and attention. *Personality and Individual Differences*, 28, 563-581.
- Domínguez, S. M., Ortega-Roldán, B., & Rodríguez-Ruiz, S. (2009). Impulsividad en mujeres con bulimia nerviosa. *EduPsykhé: Revista de psicología y psicopedagogía*, 8(1), 63-78.
- Ductor Recuerda M.J. (2005) Perfil clínico de la población con Trastorno de la Conducta Alimentaria atendida en una Unidad de Salud Mental. Apuntes de Psicología. Colegio Oficial de Psicología de Andalucía Occidental y Universidad de Sevilla, Vol. 23, número 1, págs. 83-100.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1999). Avances en el tratamiento, cognitivo-conductual de los trastornos de personalidad. *Análisis y Modificación de Conducta*, 25, 585-614.
- Echeburúa, E., Marañón, I. (2001) Comorbilidad de las alteraciones de la conducta alimentaria con los trastornos de personalidad. *Psicología Conductual*, 9, 513-525.
- Eckert ED, Halmi KA, Marchi P, Grove W, Crosby R. (1995) Ten-year follow-up of anorexia nervosa: clinical course and outcome. *Psychological Medicine*, 25, 143-156.
- Eddy KT, Dorer DH, Franko DL, Tahilani K, Thompson-Brenner H, Herzog DB. (2008) Diagnostic crossover in anorexia nervosa and bulimia nervosa: Implications for DSM-V. *The American Journal of Psychiatry*, 165,2.
- Engel, B. (1996). Teorías de la personalidad. Mexico: Mc Graw Hill
- Engel, S.G., Corneliusen, S.J., Wonderlich, S.A., Crosby, R.D., Grange, D., Crow, S., Klein, M., Bardone-Cone, A., Peterson, C., Joiner, T., Mitchell, J.E. y Steige, H. (2005). Impulsivity and Compusivity in Bulimia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 38: 244-251.
- Esbec, E., Echeburúa, E. (2001) La reformulación de los trastornos de la personalidad en el DSM-V. *Actas españolas de psiquiatría*, 39 (1), 1-11
- Eysenck, H. (1947). Dimensions of Personality. Londres: Routledge & Kegan Paul.
- Eysenck, H. (1967). The biological basis of personality. Springfield, Charles, C. Thomas.
- Eysenck, H. (1970). The strcture of human Personality.(3a. ed.). New York: Methuen
- Eysenck, S. B. G., & Eysenck, H. J. (1977). The place of impulsiveness in a dimensional system of personality description. *British Journal of Social Clinical Psychology*, 16, 57-68.
- Eysenck, S. B. G., & Eysenck, H. J. (1978). Impulsiveness and venturesomeness: Their position in a dimensional system of personality description. *Psychological Reports*, 43(3), 1247-1255.
- Eysenck, H. J. (1987). Personalidad y diferencias Individuales. Madrid. Ediciones Pirámide, S. A.
- Fahy, T., & Eisler, I. (1993). Impulsivity and eating disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 162(2), 193-197.
- Fairburn, C. G., Welch, S. L., & Hay, P. J. (1993). The classification of recurrent overeating: the "binge eating disorder" proposal. *International Journal of Eating Disorders*, 13(2), 155-159

- Fairburn, C.G., Cooper, Z., Doll, H., and Welch, S.L. (1999). Risk factors for anorexia nervosa: Three integrated case-control comparisons. *Archives of General Psychiatry*, 56, 468-476.
- Fairburn CG, Cooper Z, Doll HA, Norman P, O'Connor M. (2000) The natural course of bulimia nervosa and binge eating disorder in young women. *Archives of General Psychiatry*, 57, 659-665.
- Fairburn CG, Harrison PJ. (2003). Eating Disorders *Lancet*. 361:407-16.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a "transdiagnostic" theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41(5), 509-528.
- Fairburn CG, Cooper Z. (2007) Thinking afresh about the classification of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 40:S107-10.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Bohn, K., O'Connor, M. E., Doll, H. A., & Palmer, R. L. (2007). The severity and status of eating disorder NOS: implications for DSM-V. *Behaviour Research and Therapy*, 45(8), 1705-1715.
- Fairburn, C. G., & Cooper, Z. (2011). Eating disorders, DSM-5 and clinical reality. *British Journal of Psychiatry*, 198(1), 8-10.
- Fassino, S., Abbate Daga, G., Piero A., Leombruni, P., Rovera, G.G., (2001). Anger and personality in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 51, 757- 764.
- Fassino, S., Daga, G. y Amianto, F. (2002). Temperament and character profile and eating disorders: a controlled study with the temperament and character inventory. *International Journal of Eating Disorders*, 33, 412-25.
- Fassino, S., Amianto F, Gramaglia C, Facchini F, Abbate Daga G (2004) Temperament and character in eating disorders: ten years of studies. *Eating and Weight Disorders*, 9, 81-90.
- Fassino, S., Pierò, A., Tomba, E., & Abbate-Daga, G. (2009). Factors associated with dropout from treatment for eating disorders: a comprehensive literature review. *BMC psychiatry*, 9(1), 67.
- Favaro, A., Santonastaso P. (1996) Purging behaviors, suicide attempts, and psychiatric symptoms in 398 eating disordered subjects. *International Journal of Eating Disorders*, 20, 99-103.
- Fernández-Aranda, F., Jiménez-Murcia, S., Álvarez-Moya, E. M., Granero, R., Vallejo, J., & Bulik, C. M. (2006). Impulse control disorders in eating disorders: clinical and therapeutic implications. *Comprehensive Psychiatry*, 47(6), 482-488.
- Fernández-Aranda, F., & Jiménez-Murcia, S. (2009). Evidence based therapy for males with eating disorder. In I. F. Dancyger, & V. M. Fornari. (Eds.), Evidence based treatments for eating disorders: Children, adolescents and adults. New York: Nova Publishers.
- Fichter MM., Quadflieg N., Hedlund S. (2006): Twelve-year course and outcome predictors of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, Mar, 39(2), 87-100
- Franco-Paredes, K., Mancilla-Díaz, J.M., Peck, L.D., and Lightsey, O.R. (2008). The eating disorders continuum, self-esteem, and perfectionism. *Journal of Counseling and Development*, 86, 184- 192.

- Freud A. (1980) El yo y los mecanismos de defensa. E. Paidós. España.
- Freud S. Obras Completas. Ed. Amorrortu
- Fromm, E. (1973) Anatomía de la destructividad humana. 1986. Siglo XXI.
- Fromm, E. (2013). Man for himself: An inquiry into the psychology of ethics. Routledge.
- Garfinkel PE, Moldofsky H, Garner DM. (1980) The heterogeneity of anorexia nervosa. Bulimia as a distinct subgroup. *Archives of General Psychiatry*, 37, 1036–1040.
- Garfinkel, P.E., Lin, E., Goering, P., Speeg, C., Goldbloom, D.S., Kennedy, S., Kaplan, A.S. y Woodside, D.B. (1995). Bulimia nervosa in a Canadian community sample: prevalence and comparison of subgroups. *American Journal of Psychiatry*, 148, 831-843.
- Garner D, Garfinkel P. (1979) The eating attitudes test: validation of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 273-9.
- Garner, D. M., P. E. Garfinkel, et al. (1980). Cultural expectations of thinness in women. *Psychological Reports*, 47(2): 483-91.
- Garner M, Olmsted M, Polivy J. (1983) Development and validation of a multidimensional Eating Disorder Inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 15-34.
- Garner, D. M., Garner, M. V., & Rosen, L. W. (1993). Anorexia nervosa "restricters" who purge: implications for subtyping anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 13(2), 171-185.
- Gartner A.F., Marcus, R.N., Halmi, K. y Loranger, A.W. (1989). DSM-III-R personality disorders in patients with eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, 146, 1585-1591.
- Glicksohn, J., Naftuliev, Y., & Golan-Smooha, H. (2007). Extraversion, psychoticism, sensation seeking and field dependence-independence: will the true relationship please reveal itself? *Personality and Individual Differences*, 42, 1175-1185.
- Goldbloom, D.S.; Naranjo, C.A.; Bremner, K.E.; Hicks, L.K. (1992) Eating disorders and alcohol abuse in women. *British Journal of Addiction* ., 87, 913-919.
- Goldner, E. M., Srikaneswaran, S., Schroeder, M. L., Livesley, W. J., & Birmingham, C. L. (1999). Dimensional assessment of personality pathology in patients with eating disorders. *Psychiatry Research*, 85(2), 151-159.
- González, O., Pérez, N. & Redondo, M. (2007) Procesos básicos en una aproximación cognitivo-conductual a los trastornos de personalidad. *Clínica y salud*, 18, 3.401-423.
- Grilo, C.M.; Becker, D.F.; Levy, K.N.; Walker, M.L.; Edell, W.S.; McGlashan, T.H. (1995) Eating disorders with and without substance use disorders: A comparative study of inpatients. *Comprehensive Psychiatry*, 36, 312-317.
- Grilo, C.M.; Sanislow, C.A.; Skodol, A.E.; Gunderson, J.G.; Stout, R.L.; Shea, M.T.; Zanarini, M.C.; Bender, D.S.; Morey, L.C.; Dyck, I.R.; Glashan, T.H. (2003) Do eating disorders co-occur with personality disorders? comparison groups matter. *International Journal of Eating Disorders*., 33, 155-164.
- Grilo, C. M., Crosby, R. D., Masheb, R. M., White, M. A., Peterson, C. B., Wonderlich, S. A., Mitchell, J. E. (2009). Overvaluation of shape and weight in binge eating

- disorder, bulimia nervosa, and sub-threshold bulimia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 47(8), 692-696.
- Grilo, C. M., & White, M. A. (2011). A controlled evaluation of the distress criterion for binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(4), 509-514.
- Gudjonsson, G. H., & Sigurdsson, J. F. (2007). Motivation for offending and personality. A study among young offenders on probation. *Personality and Individual Differences*, 42(7), 1243-1253.
- Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria. (2009) Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. (Madrid)
- Guimerá E, Torrubia R. (1987). Adaptación española del Eating Disorder Inventory (EDI) en una muestra de pacientes anoréxicas. *Anales de psiquiatría*, 3, 189-90.
- Halmi K, Brodland G, Loney J. (1973) Prognosis in anorexia nervosa. *Annals of Internal Medicine*, 78, 907– 909.
- Halmi, K. A. (1992). Psychobiology and treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa (1st ed.). Washington, D.C.: American Psychiatric Press
- Halmi, K.A. (2005). Tratamiento multimodal de los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Oficial de la Asociación Mundial de Psiquiatría*, 3, 69-73.
- Harris, J.C, Joffe A. Anorexia nervosa: a review. *Md Med J*. (1988) Dec, 37 (12), 928-32.
- Harrison, A., Sullivan, S., Tchanturia, K. y Treasure, J. (2009). Emotion recognition and regulation in anorexia nervosa. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16, 348-356.
- Hartmann AS, Thomas JJ, Wilson AC, Wilhelm S (2013) Insight impairment in body image disorders: Delusionality and overvalued ideas in anorexia nervosa versus body dysmorphic disorder. *Psychiatry Research*, 210(3):1129–1135
- Hatsukami, D.; Eckert, E.; Mitchell, J.E.; Pyle, R. (1984) Affective disorder and substance abuse in women with bulimia. *Psychological Medicine*, 14, 701-704.
- Hay PJ., Touyz S. Rud R. (2012): Treatment for severe and enduring anorexia nervosa: a review. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, Dec, 46(12), 1136-44.
- Hayaki, J. (2009). Negative reinforcement eating expectancies, emotion dysregulation, and symptoms of bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 42, 552-556
- Henderson, M., & Freeman, C. P. (1987). A self-rating scale for bulimia. The 'BITE'. The British Journal of Psychiatry, 150(1), 18-24.
- Herpertz-Dahlmann B., Muller B., Herpetz S., Heussen N., Hebebrand J., Remschmidt H. (2001): Prospective 10-year follow-up in adolescent anorexia nervosa-course, outcome, psychiatry comorbidity, and psychosocial adaptation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, Jul;42(5):603-12.
- Herrera-Giménez M. (2011) Bulimia Nervosa: emociones y toma de decisiones. *Rev Psiquiatr Salud Ment.*, 4, 88-95.
- Herzog, D. B., M. B. Keller, et al. (1992). The prevalence of personality disorders in 210 women with eating disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 53(5): 147-52.

- Herzog, D.B., Keller, M.B., Sacks, N.R., Yen, C.J. y Lavori, P.W. (1992). Psychiatry comorbidity in treatment-seeking anorexics and bulimics. *Journal American Academy Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 810-818.
- Herzog, D.B.; Franko, D.L.; Dorer, D.L.; Keel, P.K.; Jackson, S.; Manzo, M.P. (2006) Drug abuse in women with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*. 2006, 39, 364-368.
- Hittner, J. B., & Swickert, R. (2006). Sensation seeking and alcohol use: A meta-analytic review. *Addictive Behaviours*, 31, 1383-1401
- Hoek HW, van Hoeken D. (2003) Review of the prevalence and incidence of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 2003 Dec; 34(4):383-96.
- Hoek HW. (2006) Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Current opinion in psychiatry*, 19 (4):389-94.
- Holderness, C.C.; Brooks-Gun, J.; Warren, M.P. (1994) Co-morbidity of eating disorders and substance abuse review of the literature. *International Journal of Eating Disorders*, 16, 1-34.
- Hollander, E., Tracy, K. A., Swann, A. C., Coccaro, E. F., McElroy, S. L., Wozniak, P., Sommerville, K. W., & Nemeroff, C. B. (2003). Divalproex in the treatment of impulsive aggression: efficacy in cluster B personality disorders. *Neuropsychopharmacology*, 28, 1186-1197.
- Hollander, E., Swann, A. C., Coccaro, E. F., Jiang, P., & Smith, T. B. (2005). Impact of trait impulsivity and state aggression on divalproex versus placebo response in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 162, 621-624.
- Holtkamp, K., Müller, B., Heussen, N., Remschmidt, H. y Herpertz-Dahlmann, B. (2005). Depression, anxiety, and obsessionality in long-term recovered patients with adolescent-onset anorexia nervosa. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 14, 106-110.
- Horney, K. (1937). *The Neurotic Personality of our Time*. Nueva York: Norton
- Horney, K. (1939). *New Ways in Psychoanalysis*. Nueva York: Norton
- Horney, K. (1942). *Self Analysis*. Nueva York: Norton
- Horney, K. (1945). *Our Inner Conflicts*. Nueva York: Norton.
- Horney, K. (1950). *Neurosis and Human Growth*. Nueva York: Norton
- Hoyle, R. H. (2006). Personality and self-regulation: trait and information processing perspectives. *Journal of Personality*, 74(6), 1507-1525.
- Huas C, Godart N, Foulon C, Pham-Scottez A, Divac S, Fedorowicz V, Peyracque E, Dardennes R, Falissard B, Rouillon F. (2011) Predictors of dropout from inpatient treatment for anorexia nervosa: data from a large French sample. *Psychiatry Research*, Feb 28, 185(3), 421-6.
- Hudson, J.I.; Pope, H.G.; Yurgelun-Todd, D.; Jonas, J.M.; Frankenburg, F.R. (1987) A controlled study of lifetime prevalence of affective and other psychiatric disorders in bulimic outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 144, 1283-1287.
- Hudson, J.I.; Weiss, R.D.; Pope, H.G.; McElroy, S.K.; Mirin, S.M. (1992) Eating disorders in hospitalized substance abusers. *Am. J. Drug Alcohol Abuse*, 18, 75-85.

- Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G., Jr., & Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 61(3), 348-358.
- Hughes EK (2012) Comorbid depression and anxiety in childhood and adolescent anorexia nervosa: prevalence and implications for outcome. *Clinical Psychology Review*, 16:15–24.
- Instituto Nacional de la Salud. (1995) Protocolo de trastornos del comportamiento alimentario, Instituto Nacional de la Salud, Madrid.
- Janet, P. (1920). La tension psychologique, ses degrés, ses oscillations1. *British Journal of Medical Psychology*, 1(1), 1-15.
- Jáuregui I, Santiago MJ, Estébanez S. (2009) Trastornos de la conducta alimentaria y la personalidad. Un estudio con el MCMI-II. *Atención Primaria*. Abr, 41(4), 201-206.)
- Jeammet P. (1989). Trastornos de la personalidad y conducta alimenticia en la adolescencia: anorexia y bulimia. *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente*, Nº. 8, págs. 7-24.
- Joiner, T. E. Jr, Katz, J., & Heatherton, T. F. (2000). Personality features differentiate late adolescent females and males with chronic bulimic symptoms. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 191–197.
- Jung, C. G. Tipos Psicológicos. (2008). Edhasa Editorial
- Kaplan, H.I. y Sadock, B.J. (1998). Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences. Clinical Psychiatry. Baltimore, Maryland: Williams and Wilkins.
- Kaplan AS, Garfinkel PE. (1999) Difficulties in treating patients with eating disorders: a review of patient and clinician variables. *Canadian Journal of Psychiatry*. Sep, 44(7), 665-70.
- Karwautz, A., Troop, N. A., Rabe-Hesketh, S., Collier, D. A., & Treasure, J. L. (2003). Personality disorders and personality dimensions in anorexia nervosa. *Journal of personality disorders*, 17(1), 73-85.
- Kasser, J.A., Gwirtsman, H.E., Kaye, W.H., Brandt, H.A. y Jimerson, D.C. (1988). Pattern of onset of bulimic symptoms in anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 145, 1287-1288.
- Katzman, M. A., y Wolchick, S. A. (1984). Bulimia and binge eating in college women: A comparison of personality and behavioural characteristics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52: 423-428.
- Kaye WH, Bulik CM, Thornton L, Barbarich N, Masters K, Price (2004) Foundation Collaborative Group: Comorbidity of anxiety disorders with anorexia and bulimia nervosa. *The American Journal of Psychiatry*, 2004, 161:2215–2221.
- Kennedy, S. H., G. McVey, et al. (1990). Personality disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Psychiatric Research*, 24(3): 259-69.
- Keski-Rahkonen A, et al. (2007) Epidemiology and course of anorexia nervosa in the community. *American Journal of Psychiatry*, 164(8), 1259–65.
- Keski-Rahkonen A, Raevuori A, Hoek H. (2008) Epidemiology of eating disorder: an update. *Annual Review of Eating Disorders*, Part 2, 58–68.
- Keski-Rahkonen A, et al. (2009) Incidence and outcomes of bulimia nervosa: a nationwide population-based study. *Psychological Medicine*., 39(5):823–31.

- Keski-Rahkonen A., Raevuori A., Bulik CM., Hoek HW., Rissanen A., Kaprio J. (2014) Factors associated with recovery from anorexia nervosa: a population-based study. *International Journal of Eating Disorders*, Mar, 47(2):117-23.
- Kinzl, J. F., Mangweth, B., Traweger, C. M., & Biebl, W. (1997). Eating-disordered behavior in males: The impact of adverse childhood experiences. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 131–138.
- Klump, KL, Strober M, Bulik CM, Thornton L, Johnson C, Devlin B, Fichter MM, Halmi KA, Kaplan AS, Woodside DB, Crow S, Mitchell J, Rotondo A, Keel PK, Berrettini WH, Plotnicov K, Pollice C, Lilenfeld LR, Kaye WH. (2004) Personality characteristics of women before and after recovery from an eating disorder. *Psychological Medicine.*, Nov, 34(8), 1407-18.
- Koepp, W., Schildbach, S., Schmager, C., & Rohner, R. (1993). Borderline diagnosis and substance abuse in female patients with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 14(1), 107-110.
- Kraepelin, E., & Diefendorf, A. R. (1915). Clinical psychiatry: a text-book for students and physicians. Macmillan.
- Kraepelin, E. (1971). Dementia praecox and paraphrenia. Krieger Publishing Company.
- Kretschmer, E. (1925). Physique and character.
- Krueger RF, Eaton NR. (2010) Personality traits and the classification of mental disorders: Towards a more complete integration in DSM-5 and an empirical model of psychopathology. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 1, 97–118
- Krug I, Root T, Bulik C, Granero R, Penelo E, Jimenez-Murcia S, et al. (2011) Redefining phenotypes in eating disorders based on personality: a latent profile analysis. *Psychiatry Research*, 188, 439-45.
- Laessle, RG, Wittchen HU, Fichter MM, Pirke KM. (1989) The significance of subgroups of bulimia and anorexia nervosa: Lifetime frequency of psychiatric disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 8:569–574
- Larsson JO, Hellzén M. (2004) Patterns of personality disorders in women with chronic eating disorders. *Eating and Weight Disorders*, Sep, 9(3), 200-5.
- Lewinsohn, P. M., Seeley, J. R., Moerk, K. C., & Striegel-Moore, R. H. (2002). Gender differences in eating disorder symptoms in young adults. *International Journal of Eating Disorders*, 32, 426–440.
- Lilenfeld, L.R., Kaye, W.H., Greeno, C.G. y cols. (1998). A controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: psychiatric disorders in first degree relatives and effects of proband comorbidity. *Archives of General Psychiatry*, 55, 603-10.
- Loas G, Pham-Scottez A, Cailhol L, Perez-Diaz F, Corcos M, Speranza M. (2013) Axis II comorbidity of borderline personality disorder in adolescents. *Psychopathology*, 46(3):172-5.
- Lolas F (1999) Conducta alimentaria: una perspectiva multidimensional sobre su regulación y trastornos. *Psicopatología*, 19:1-8
- Long CG, Fitzgerald KA, Hollin CR. (2012) Treatment of chronic anorexia nervosa: a 4-year follow-up of adult patients treated in an acute inpatient setting. *Clinical Psychology Review Psychother*, Jan-Feb, 19(1), 1-13.

- López-Ibor Aliño, J. J., Pérez Urdaniz, A., & Rubio Larrosa, V. (1996). Examen internacional de los trastornos de la personalidad. Meditor.
- Loranger, A. W., M. F. Lenzenweger, et al. (1991). Trait-state artifacts and the diagnosis of personality disorders. *Archives of General Psychiatry*, 48(8), 720-8.
- Loranger A, Janca A, Sartorius N. (1997) Assessment and Diagnosis of Personality Disorders: The ICD-10 International Personality Disorder Examination (IPDE).
- Loxton, N.J., y Dawe, S. (2001). Alcohol Abuse and Dysfunctional Eating in Adolescent Girls: The Influence of Individual Differences in Sensitivity to Reward and Punishment. *International Journal of Eating Disorders*, 29:455-462.
- MacGregor y Lamborn (2014) Personality Assessment Inventory profiles of university students with eating disorders. *Journal of Eating Disorders*, 2:20.
- Manual del IPDE. (1995) "International Personality Disorder Examination (IPDE) DSM-IV module". Organización Mundial de la Salud
- Masjuán, M. G., i Escursell, R. M. R., & Aranda, F. F. (2003). Bulimia nerviosa y trastornos de la personalidad: Una revisión teórica de la literatura. *Revista internacional de psicología clínica y de la salud= International journal of clinical and health psychology*, 3(2), 335-349.
- Matsunaga, H., Kaye, W.H., McConaha, C., Plotnicov, K., Pollice, C. y Rao, R. (2000). Personality disorders among subjects recovered from eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 353-357
- McGue, M., Iacono, W.G., Legrand, L.N., Malone, S., & Elkins, I. (2001). Origins and consequences of age at first drink. I. Associations with substance-use disorders, disinhibitory behaviour and psychopathology, and P3 amplitude. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 25(8), 1156-1165.
- Millon, T. E. (1997). The Millon inventories: Clinical and personality assessment. Guilford Press.
- Milos G, Spindler A, Schnyder U, Fairburn CG. (2005) Instability of eating disorder diagnoses: prospective study. *British Journal of Psychiatry.*, 187:573–578.
- Miotto P, Pollini B, Restaneo A, Favaretto G, Sisti D, Rocchi MB, Preti A. (2010) Symptoms of psychosis in anorexia and bulimia nervosa. *Psychiatry Research*. Feb 28, 175(3):237-43.
- Mitchell, J. E., Pyle, R. L., Eckert, E. D., Hatsukami, D., & Soll, E. (1990). Bulimia nervosa in overweight individuals. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 178(5), 324-327.
- Mitchell, J. E., Pyle, R. L., Eckert, E. D., Hatsukami, D., & Soll, E. (1990). Bulimia nervosa with and without a history of anorexia nervosa. *Comprehensive Psychiatry*, 31(2), 171-175.
- Mitchell, J. E., Pyle, R. L., Eckert, E., Hatsukami, D., & Soll, E. (1990). Bulimia nervosa with and without a history of overweight. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 2(3), 369-374.
- Mitchell, J. E., Fletcher, L., Gibeau, L., Pyle, R. L., & Eckert, E. (1992). Shoplifting in bulimia nervosa. *Comprehensive Psychiatry*, 33(5), 342-345.
- Modestin, J., Oberson, B. y Erni, T (1997). Possible correlates of DSM-III-R personality disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96, 424-430.

- Moeller, G., Barratt, E., Dougherty, D., Schmitz, J., & Swann, A. (2001). Psychiatric aspects of impulsivity. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1783–1793.
- Mond, J. M., Latner, J. D., Hay, P. H., Owen, C., & Rodgers, B. (2010). Objective and subjective bulimic episodes in the classification of bulimic-type eating disorders: another nail in the coffin of a problematic distinction. *Behaviour Research and Therapy*, 48(7), 661-669.
- Montaño, M., Palacios, J. & Gantiva, C. (2009). Teorías de la personalidad: Un análisis histórico del concepto y su medición. *Psicología. Avances de la disciplina*, 3, (2), 81-107.
- Moreno, S., Rodríguez-Ruiz, S., y Fernández-Santaella, M.C. (2009). ¿Qué es el ansia por la comida? Madrid: Manuales Prácticos, Pirámide.
- Muise, A. M., Stein, D. G., & Arbess, G. (2003). Eating disorders in adolescent boys: A review of the adolescent and young adult literature. *Journal of Adolescent Health*, 33, 427–435.
- Munro C., Thomson V., Corr J., Randell L., Davies JE., Gittoes C., Honeyman V., Freeman CP. (2014): A new service model for the treatment of severe anorexia nervosa in the community: the Anorexia Nervosa Intensive Treatment Team. *Psychiatric Bulletin*, Oct; 38(5):220-5.
- Myers, D.G. (2006). *Psicología*. Madrid: Editorial Medica Panamericana.
- Najt, P., Perez, J., Sanches, M., Peluso, M. A. M., Glahn, D., & Soares, J. C. (2007). Impulsivity and bipolar disorder. *European Neuropsychopharmacology*, 17, 313–320.
- National Institute of Mental Health (NIMH). National Institute of Mental Health strategic plan. NIH Publication No. 08-6368. (2008). Retrieved from: <http://www.nimh.nih.gov/about/strategic-planning-reports/nimh-strategic-plan-2008.pdf>
- Newton, J. R., C. P. Freeman, et al. (1993). "Impulsivity and dyscontrol in bulimia nervosa: is impulsivity an independent phenomenon or a marker of severity?" *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87(6): 389-94.
- Núñez-Navarro A., Agüera Z., Krug I., Jiménez-Murcia S., Sánchez I., Araguz N., Gorwood P., Granero R., Penelo E., Karwautz A., Moragas L., Saldaña S., Treasure J., Menchón J.M., Fernández-Aranda F.(2012) Do Men with Eating Disorders Differ from Women in Clinics, Psychopathology and Personality?. *European Eating Disorders Review*. 20, 23–31.
- Ortega-Roldán, B., Rodríguez, S., Moreno, S., Morandé, G. y Fernández, M.C. (2009) How do emotions govern the binge eating decision? In N.Chambers (Ed.), Binge Eating: Psychological Factors, Symptoms, and Treatment. New York: Novascience.
- Oyvind, R.; Martinsen, E.W.; Hoffart, A.; Sexton, H.; Rosenvinge, J. (2005) The interaction of personality disorders and eating disorders: A two-year prospective study of patients with longstanding eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 38, 106-111
- Pascual A., Etzebarria I., Cruz M. S. y Echeburúa E. (2011) Las variables emocionales como factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria. *International journal of clinical and health psychology*, Vol. 11. Nº 2 pp.229-247

- Patton, J., Stanford, M., & Barratt, E. (1995). Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *Journal of Clinical Psychology*, 51(6), 768-774.
- Peat, C., Mitchell JE, Hoek HW, Wonderlich SA. (2009) Validity and utility of subtyping anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 42:590-594.
- Pedrero Pérez, E. J. (2009). Evaluación de la impulsividad funcional y disfuncional en adictos a sustancias mediante el Inventario de Dickman. *Psicothema*, 21(4), 585-591.
- Pedrero, J. E., Ruiz, J. M., Rojo, G., Llanero, M. y Puerta, C. (2012). Caracterización neuropsicológica de la impulsividad funcional y disfuncional en adictos a sustancias: implicaciones clínicas. *Adicciones*, 24(1), 51-58.
- Pelaez Fernandez MA, Labrador FJ, Raich RM. (2007) Prevalence of eating disorders among adolescent and young adult scholastic population in the region of Madrid (Spain). *Journal of psychosomatic research*, 62(6):681-90.
- Peñas-Lledo E, Fernández-Aranda F, Jiménez-Murcia S, Granero R, Penelo E, Soto A, et al. (2009) Subtyping eating disordered patients along drive for thinness and depression. *Behaviour Research and Therapy*, 47:513-9.
- Peñas-Lledo E, Jiménez-Murcia S, Granero R, Penelo E, Agüera Z, Álvarez-Moya E, et al. (2010) Specific eating disorder clusters based on social anxiety and novelty seeking. *Journal of Anxiety Disorders*, 24:767---73.
- Pérez IT, del Rio SC, Mas MB (2008) MCMI-II borderline personality disorder in anorexia and bulimia nervosa. *Psicothema*, 2008, 20:138-143.
- Powers, P. S., Coover, D. L., Brightwell, D. R., & Stevens, B. A. (1988). Other psychiatric disorders among bulimic patients. *Comprehensive psychiatry*, 29(5), 503-508.
- Raciti, M., y Hendrick, S. S. (1992). Relationships between eating disorder characteristics and love and sex attitudes. *Sex Roles*, 27: 553-564.
- Raevuori, A., Hoek, H. W., Susser, E., Kaprio, J., Rissanen, A., & Keski-Rahkonen, A. (2009). Epidemiology of anorexia nervosa in men: a nationwide study of Finnish twins. *PLoS One*, 4(2), e4402.
- Reich, W. (1957) Análisis de carácter. Ed. Paidós. Buenos Aires.
- Ribases M, Gratacos M, Badia A, Jimenez L, Solano R, Vallejo J, Fernandez-Aranda F, Estivill X (2005) Contribution of NTRK2 to the genetic susceptibility to anorexia nervosa, harm avoidance and minimum body mass index. *Mol Psychiatry*, Sep, 10(9):851-60.
- Robinson TE, Berridge KC. (1993) The neural basis of drug craving: an incentive sensitization theory of addiction. *Brain Research Reviews*, 18:247---91.
- Rodriguez-Cano, T., & Beato-Fernandez L..(2005). Attitudes towards change and treatment outcome in eating disorders. *Eating and Weight Disorders*, 10, 59-65.
- Rodriguez-Cano, T., Beato-Fernandez L., Segura Escobar E. (2006) Influencia de la motivación en la evolución clínica de los trastornos del comportamiento alimentario. *Actas españolas de psiquiatría*, 34(4):245-250.
- Rodriguez-Cano, T., Beato-Fernandez L., Rojo Moreno L., Vaz Leal F.J. (2012) Influence of Attitudes towards Change and Self-directness on Dropout in Eating Disorders: A 2-Year Follow-up Study. *European Eating Disorders Review*, 20, 123-128.

- Rojo L, Livianos L, Conesa L, Garcia A, Dominguez A, Rodrigo G, et al. (2003) Epidemiology and Risk Factors of Eating Disorders. A two stage epidemiological study in a spanish population aged 12-18 years. *International Journal of Eating Disorders*, 34:281---91.
- Rojo L, Barriguete A, Livianos L. (2006) Factores de riesgo socioculturales de los trastornos alimentarios. *Monografías de Psiquiatría*, 18:65-70.
- Rosenvinge, J. H. and S. O. Moulund (1990). Outcome and prognosis of anorexia nervosa. A retrospective study of 41 subjects. *British Journal of Psychiatry*, 156: 92-7.
- Rossiter, E.M., Stewart, W., Telch, C.F., Schneider, J.A. (1993). Cluster B Personality Disorder Characteristics Predict Outcome in the Treatment of Bulimia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 13, 394-357.
- Rosval, L., Steiger, H., Bruce, K., Israël, M., Richardson, J. y Aubut, M. (2006). Impulsivity in Women With Eating Disorders: Problem of Response Inhibition, Planning, or Attention?. *International Journal of Eating Disorders*, 39: 590-593.
- Roux H, Chapelon E, Godart N. (2013) Epidemiology of anorexia nervosa: a review. *Encephale*, Apr;39(2):85-93.
- Russell G. (1979) Bulimia Nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychological Medicine.*, 9: 429-448
- Russell G. (2003) Trastorno de la alimentación: cambios durante los últimos 25 años. En: Rojo L, Cava G, editores. *Anorexia Nerviosa*. Barcelona: Ariel, p. 7-11.
- Russo, M. P, Leone, L., Lauriola, M., & Lucidi, F. (2008). Impulsivity and reward sensitivity within the pen model: A test of discriminant hypotheses. *Personality and Individual Differences*, 45 (7), 624-629
- Ruuska, J., Kaltiala-Heino, R., Rantanen, P. y Koivisto, A. (2005). Psychopathological distress predicts suicidal ideation and self-harm in adolescent eating disorder outpatients. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 14: 276-281.
- Sanz Fernández J, Vázquez C, Navarro M. (2003) Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): propiedades psicométricas en estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta.*, 29(124), 239-88.
- Schmidt U, Treasure J. (2006) Anorexia nervosa: Valued and visible. A cognitive-interpersonal maintenance model and its implications for research and practice. *British Journal of Clinical Psychology.*, 45:343-366
- Schmidt, V., Messoulam, N., Molina, F., & Abal, F. (2006). Abuso de alcohol en adolescentes: factores familiares y disposicionales disparadores del abuso. Consideraciones acerca del género. Premio Facultad de Psicología U.B.A. (primer puesto), Departamento de Publicaciones, Facultad de Psicología, UBA, 9-29.
- Schneider K. (1923) *Las personalidades psicopáticas*. Ed. Morata.
- Segura-García et al. (2013) Temperamental factors predict long-term modifications of eating disorders after treatment. *BMC Psychiatry*, 13:288
- Sepulveda A., Carroble JA, Gandarillas AM. (2010) Associated factors of unhealthy eating patterns among Spanish university students by gender. *The Spanish Journal of Psychology.*, May, 13 (1):364-75.
- Shea, M. and Pritchard, M.E. (2007). Is self-esteem the primary predictor of disordered eating? *Personality and Individual Differences*, 42, 1527-1537.

- Sholberg, S. (1990). Personality life stress and the course of eating disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 361, 29-33.
- Silverman J. (1995) History of Anorexia nervosa. En: Brownell Kd; Fairburns, CH. *Eating Disorders and obesity. A comprehensive handbook*. New York: The Guilford Press., 141-150
- Skodol, A. E., J. M. Oldham, et al. (1993). Comorbidity of DSM-III-R eating disorders and personality disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 14(4): 403-16.
- Smink FR, van Hoeken D, Hoek HW. (2013) Epidemiology, course, and outcome of eating disorders. *Current opinion in psychiatry*. Nov, 26(6):543-8.
- Sohlberg, S. and M. Strober (1994). Personality in Anorexia nervosa: an update and a theoretical integration. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Suppl 378: 1-15.
- Spann, N., & Pritchard, M. (2008). Disordered eating in men: A look at perceived stress and excessive exercise. *Eating and Weight Disorders*, 13, 25-27.
- Spielberger C, Gorsuch R, Lushene R. (1970) STAI Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. Palo Alto: Consulting Psychologist Press.
- Spielberger C, Gorsuch R, Lushene R. (1986). Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI). Tea Ediciones, S.A. (2ª Edic, 1988; 3ª Edic. 1994. 4ª Edic, 1997).
- Spitzer, R. L., Stunkard, A., Yanovski, S., Marcus, M. D., Wadden, T., Wing, R., Hasin, D. (1993). Binge eating disorder should be included in DSM-IV: a reply to Fairburn et al.'s "the classification of recurrent overeating: the binge eating disorder proposal". *International Journal of Eating Disorders*, 13(2), 161-169.
- Spitzer, R. L., Yanovski, S., Wadden, T., Wing, R., Marcus, M. D., Stunkard, A., Horne, R. L. (1993). Binge eating disorder: its further validation in a multisite study. *International Journal of Eating Disorders*, 13(2), 137-153.
- Squillace M., Picón Janeiro J., & Schmidt V. (2011). El concepto de impulsividad y su ubicación en las teorías psicobiológicas de la personalidad. *Revista Neuropsicología Latinoamericana*, Vol 3. No. 1. 2011, 8-18.
- Steel, Z., & Blaszczynski, A. (1998). Impulsivity, personality disorders and pathological gambling severity. *Addiction*, 93(6), 895-905.
- Steiger, H. y Stotland, S. (1996). Prospective study of outcome in bulimics as a function of Axis-II comorbidity: Long-term responses on eating and Psychiatric symptoms. *International Journal of Eating Disorders*, 20, 149-161.
- Steinhausen HC. (2002) The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *The American Journal of Psychiatry*, Aug, 159(8):1284-93.
- Steinhausen, H. C. (2009). Outcome of eating disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 18(1), 225-242.
- Stice E. (2001) A prospective test of the dual-pathway model of bulimic pathology: mediating effects of dieting and negative affect. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 124-35.
- Striegel-Moore, R. H., Garvin, V., Dohm, F. A., & Rosenheck, R. A. (1999). Eating disorders in a national sample of hospitalized female and male veterans: Detection rates and psychiatric comorbidity. *International Journal of Eating Disorders*, 25, 405-414.

- Striegel-Moore, R. H., Garvin, V., Dohm, F. A., & Rosenheck, R. A. (1999). Psychiatric comorbidity of eating disorders in men: A national study of hospitalized veterans. *International Journal of Eating Disorders*, 25, 399–404.
- Strober M, Freeman R, Morrell W. (1997) The long-term course of severe anorexia nervosa in adolescents: survival analysis of recovery, relapse, and outcome predictors over 10–15 years in a prospective study. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 339-360.
- Strober, M. (1980). Personality and symptomatological features in young, nonchronic anorexia nervosa patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 24(6): 353-9.
- Strober, M. (1983) An empirically derived typology of anorexia nervosa. In: Darby, PL.; Garfinkel, PE.; Garner, DM.; Corscina, DV., editors. *Anorexia nervosa: Recent developments in research*. New York: Alan R. Liss, Inc; p. 185-196.
- Strober M. (2004) Managing the chronic, treatment-resistant patient with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, Nov, 36(3), 245-55.
- Stunkard, A. J. (1959). Eating patterns and obesity. *Psychiatric Quarterly*, 33(2), 284-295.
- Sullivan PF. (1995) Mortality in anorexia nervosa. *Am J. Psychiatry*. 152: 1073- 1074
- Svrakic DM., Whitehead C. Przybeck TR. (1993) Cloninger CR. Differential diagnosis of personality disorders by the seven-factor model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*, 50, 991-999.
- Svrakic, D. M., Draganic, S., Hill, K., Bayon, C., Przybeck, T. R., & Cloninger, C. R. (2002). Temperament, character, and personality disorders: etiologic, diagnostic, treatment issues. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106(3), 189-195.
- Sysko, R., Roberto, C. A., Barnes, R. D., Grilo, C. M., Attia, E., & Walsh, B. T. (2012). Test-retest reliability of the proposed DSM-5 eating disorder diagnostic criteria. *Psychiatry Research*, 196(2-3), 302-308.
- Telch, C.F.; Stice, E. (1998) Psychiatric comorbidity in women with binge-eating disorder: prevalence rates from a non-treatment-seeking sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 768-776.
- Thiel, A., Brooks, A., Ohlmeier, M., Jacoby G.E. y Schuessler, G. (1995). Obsessive-compulsive disorder among patients with anorexia and bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 152, 72-75.
- Thomas, J. J., Crosby, R. D., Wonderlich, S. A., Striegel-Moore, R. H., & Becker, A. E. (2011). A latent profile analysis of the typology of bulimic symptoms in an indigenous Pacific population: evidence of cross-cultural variation in phenomenology. *Psychological medicine*, 41(01), 195-206.
- Thompson-Brenner H, Eddy KT, Franko DL, Dorer DJ, Vashchenko M, Kass AE, Herzog DB. (2008) A personality classification system for eating disorders: a longitudinal study. *Comprehensive Psychiatry*, 49, 551–560.
- Toro, J. y Vilardell, E. (1989). *Anorexia nerviosa*. Barcelona. Martínez Roca.
- Touyz S., Le Grange D., Lacey H., Hay P., Smith R., Maguire S., Bamford B., Pike KM., Crosby RD. (2013): Treating severe and enduring anorexia nervosa: a randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, Dec., 43 (12), 2501-11.

- Tozzi, F., Thornton, L. M., Klump, K. L., Fichter, M. M., Halmi, K. A., Kaplan, A. S., & Kaye, W. H. (2014). Symptom fluctuation in eating disorders: correlates of diagnostic crossover.
- Treasure, J. L., Katzman, M., Schmidt, U., Troop, N., Todd, G., & de Silva, P. (1999). Engagement and outcome in the treatment of bulimia nervosa: First phase of a sequential design comparing motivation enhancement therapy and cognitive behavioural therapy. *Behaviour research and therapy*, 37 (5), 405-418.
- Treasure J, Stein D, Maguire S. 2014. Has the time come for a staging model to map the course of eating disorders from high risk to severe enduring illness? An examination of the evidence. *Early Intervention in Psychiatry*. Sep 29.
- Treat TA, McCabe EB, Gaskill JA, Marcus MD. (2008) Treatment of anorexia nervosa in a specialty care continuum. *International Journal of Eating Disorders*, 41,564–572.
- Truglia E, Mannucci E, Lassi S, Rotella CM, Faravelli C, Ricca V. (2006) Aggressiveness, anger and eating disorders: a review. *Psychopathology*, 39(2):55-68.
- Varela P., Maldonado M.J., Ferre F. (2011) Estudio de los perfiles clínicos de los pacientes con trastorno de la conducta alimentaria en dispositivos específicos. *Actas españolas de psiquiatría*, 39(1), 12-9
- Verdejo-García A, Bechara A. (2009) A somatic marker theory of addiction. *Neuropharmacology*, 56, 48-62.
- Verkes, R. J., H. Pijl, et al. (1996) Borderline personality, impulsiveness, and platelet monoamine measures in bulimia nervosa and recurrent suicidal behavior. *Biological Psychiatry*, 40 (3), 173-80.
- Vitousek, K. y Manke, F. (1994). Personality Variables and Disorders in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. *Journal of Abnormal Psychology*, 103: 137-147.
- Vrabel, K.R.; Martinsen, E.W.; Hoffart, A.; Rosenvinge, J.H. (2010) Five-year prospective study of personality disorders in adults with longstanding eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, Jan, 43(1), 22-8.
- Wade TD, Bergin JL, Tiggemann M, Bulik CM, Fairburn CG. (2006) Prevalence and long-term course of lifetime eating disorders in an adult Australian twin cohort. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, Feb, 40(2), 121-8.
- Wagner, A., Barbarich-Marsteller, N. C., Frank, G. K., Bailer, U. F., Wonderlich, S. A., Crosby, R. D. & Kaye, W. H. (2006). Personality traits after recovery from eating disorders: do subtypes differ?. *International Journal of Eating Disorders*, 39(4), 276-284.
- Waller GA. (2008) 'Trans-Transdiagnostic' Model of the Eating Disorders: A New Way to Open the Egg? *European Eating Disorders Review*, 16:165-72.
- Waller, G., Mountford, V., Lawson, R., Gray, E., Cordery, H. y Hinrichsen, H. (2010). Beating your eating disorder: A cognitive behavioral self-help guide for adult sufferers and their carers. Nueva York: Cambridge University Press
- Waters, A., Hill, A., y Waller, G. (2001). Bulimics' responses to food cravings: is binge-eating product of hunger or emotional state?. *Behavior Research and Therapy*, 39: 877-886.

- Westen, D, Harnden-Fischer J. (2001) Personality profiles in eating disorders: Rethinking the distinction between Axis I and Axis II. *American Journal of Psychiatry*. 2001; 158(4):547–562.
- Wiederman, M.W. y Prior, T. (1997). MCMI-II Personality scale scores among women with anorexia nervosa or bulimia nervosa. *Journal of Personality Assessment*, 162, 771-75.
- Wilcox, K. and Laird, J.D. (2000). The impact of media images of super-slender women on women's self-esteem: Identification, social comparison, and self-perception. *Journal of Research in Personality*, 34, 278-286.
- Wildes J., Marcus M., Crosby R., Ringham R., Dapelo M., Gaskill J., Forbush K. (2011) The Clinical Utility of Personality Subtypes in Patients with Anorexia Nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, October, 79(5): 665–674.
- Wilson GT. (2010) Eating disorders, Obesity and Addiction. *European Eating Disorders Review.*, 18, 341-51.
- Winstanley, C. A., Eagle, D. M., & Robbins, T. W. (2006). Behavioral models of impulsivity in relation to ADHD: translation between clinical and preclinical studies *Clinical Psychology Review*, 26, 379– 395
- Wonderlich, S. A., & Swift, W. J. (1990). Borderline versus other personality disorders in the eating disorders: clinical description. *International Journal of Eating Disorders*, 9(6), 629-638.
- Wonderlich, S.A., Swift, W.J., Slotnick, H.B. y Goodman, S. (1990). DSM-III-R personality disorders in eating disorders subtypes. *International Journal of Eating Disorders*, 9, 607-616.
- Wonderlich, S., L. Ukestad, et al. (1994). Perceptions of nonshared childhood environment in bulimia nervosa. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent* , 33(5): 740-7.
- Wonderlich, S. A., D. Fullerton, et al. (1994). Five-year outcome from eating disorders: relevance of personality disorders. *International Journal of Eating Disorders* 15(3): 233-43
- Wonderlich SA, (1995). Personality and eating disorders. *Eating disorders and obesity: A comprehensive Handbook*, 171-176.
- Wonderlich, S. A., Connolly, K. M., & Stice, E. (2004). Impulsivity as a risk factor for eating disorder behavior: assessment implications with adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, 36(2), 172-182.
- Wonderlich S, Crosby R, Joiner T, et al. (2005) Personality subtyping and bulimia nervosa: psychopathological and genetic correlates. *Psychological Medicine.*, 35:649
- Wonderlich, S. A., Gordon, K. H., Mitchell, J. E., Crosby, R. D., & Engel, S. G. (2009). The validity and clinical utility of binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 42(8), 687-705.
- Woodside, D. B., Garfinkel, P. E., Lin, E., Goering, P., Kaplan, A. S., Goldbloom, D. S., et al. (2001). Comparisons of men with full or partial eating disorders, men without eating disorders, and women with eating disorders in the community. *The American Journal of Psychiatry*, 158, 570–574.

- Woodside DB, Carter JC, Blackmore E. (2004) Predictors of premature termination of inpatient treatment for anorexia nervosa. *The American Journal of Psychiatry*, Dec, 161(12):2277-81.
- Woodside, D. B., Bulik, C. M., Thornton, L., Klump, K. L., Tozzi, F., Fichter, M. M., et al. (2004). Personality in men with eating disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 57, 273–278.
- Yager, J., Landsverk J, Edelstein CK. (1987) A 20 month follow – up study of 628 women with eating disorders: course and severity. *The American Journal of Psychiatry*, 144, 1172- 1177
- Yager, J., J. Landsverk, et al. (1989). Screening for Axis II personality disorders in women with bulimic eating disorders. *Psychosomatics*, 30(3): 255-62.
- Yates, A. MD. (1989) Current perspectives on the eating disorders: I History psychological and biological aspects. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent*, 28, 6, 813-826
- Zaitsoff, S.H., Fehon, D.C., and Grilo, C.M. (2009). Social competence and social-emotional isolation and eating disorder psychopathology in female and male adolescent psychiatric inpatients. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9, 219-228.
- Zanarini, M. C., F. R. Frankenburg, et al. (1990). Axis II comorbidity of normal-weight bulimia. *Comprehensive Psychiatry* 31(1), 20-4.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Dubo, E. D., Sickel, A. E., Trikha, A., Levin, A., & Reynolds, V. (2014). Axis I comorbidity of borderline personality disorder.
- Zerbe, K.J.; Marsh, S.R.; Coyne, L. (1993) Comorbidity in an outpatient eating disordered population :clinical characteristics and treatment implications. *Psychiatr. Hosp*, 24, 3-8.
- Zimmerman, M., & Mattia, J. I. (1999). Axis I diagnostic comorbidity and borderline personality disorder. *Comprehensive psychiatry*, 40 (4), 245-252.
- Zuckerman, M. (1979). Sensation seeking: Beyond the optimal level of arousal. Halsted Press.
- Zuckerman, M., Kuhlman, D. M., Joireman, J., Teta, P., & Kraft, M. (1993). A comparison of three structural models for personality: The Big Three, the Big Five, and the Alternative Five. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65(4), 757-768.

IX. ANEXOS



8.1.1. Inventario de Trastornos de la Alimentación (Eating Disorder Inventory, EDI)

1

	N	R	AV	AM	H	S
1. Como dulces e hidratos de carbono (pan, patatas, etc.) sin sentirme nervioso/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Pienso que mi estómago es demasiado grande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Me gustaría que pudiera volver a la seguridad de la infancia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Como cuando estoy disgustado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Me atraco de comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Me gustaría ser más joven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Pienso en seguir una dieta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Me asusto cuando mis sensaciones/sentimientos son demasiado intensos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Pienso que mis muslos son demasiado anchos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Me siento ineficaz como persona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Me siento extremadamente culpable después de haber comido en exceso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Pienso que mi estómago tiene el tamaño adecuado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Mi familia sólo valora como buenos aquellos rendimientos o resultados que están por encima de lo habitual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. El tiempo más feliz de la vida es cuando se es un niño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Soy una persona que demuestra abiertamente sus sentimientos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Me aterroriza ganar peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Confío en los demás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Me siento solo/a en el mundo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Me siento satisfecho/a con la forma de mi cuerpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Generalmente siento que las cosas de mi vida están bajo mi control	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Me siento confundido/a ante las emociones que siento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Prefiero ser adulto que niño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Me comunico fácilmente con los demás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Me gustaría ser otra persona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Exagero o aumento la importancia del peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Puedo identificar claramente las emociones que siento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Me siento inadaptado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Cuando me estoy atracando de comida siento que no puedo parar de hacerlo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Cuando era niño/a intentaba por todos los medios evitar estar de acuerdo con mis padres y maestros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Tengo amistades íntimas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Me gusta la forma de mis nalgas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Me preocupa el deseo de estar más delgado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. No sé lo que está pasando dentro de mí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Tengo dificultad para expresar mis emociones hacia los demás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Las exigencias del adulto son demasiado grandes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

N, nunca; R, raramente; AV, algunas veces; AM, a menudo; H, habitualmente; S, siempre.

8.1.1. Inventario de Trastornos de la Alimentación
(Eating Disorder Inventory, EDI)

2

	N	R	AV	AM	H	S
36. Me molesta ser menos que el/la mejor en las actividades que hago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Me siento seguro/a de mí mismo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Pienso en atracarme de comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Me siento feliz de no ser nunca más un niño/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. No me doy cuenta de si tengo hambre o no	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Tengo una pobre opinión de mí mismo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Pienso que puedo alcanzar mis metas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Mis padres han esperado cosas excelentes de mí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Estoy preocupado/a de que mis sentimientos se escapen a mi control	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Pienso que mis caderas son demasiado anchas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Como moderadamente cuando estoy con gente y me atraco cuando estoy solo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Después de haber comido poco me siento hinchado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Pienso que las personas son más felices cuando son niños/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Si gano algo de peso, me preocupa el que pueda seguir aumentando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Pienso que soy una persona útil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. Cuando estoy disgustado/a no sé si estoy triste, atemorizado/a o enojado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Creo que las cosas las debo hacer perfectamente, o si no, no hacerlas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. Pienso en intentar vomitar con el fin de perder peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54. Necesito mantener a las personas a cierta distancia pues me siento incómodo/a si alguien intenta acercarse o entablar amistad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55. Pienso que mis muslos tienen el tamaño adecuado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56. Me siento interiormente vacío/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57. Puedo hablar sobre mis sentimientos y mis pensamientos personales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58. El convertirme en adulto ha sido lo mejor de mi vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59. Creo que mis nalgas son demasiado anchas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60. Tengo sentimientos/sensaciones que no puedo identificar claramente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61. Como o bebo a escondidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62. Pienso que mis caderas tienen el tamaño adecuado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63. Mis metas son excesivamente altas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
64. Cuando estoy disgustado/a, me preocupa el que pueda empezar a comer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

N, nunca; R, raramente; AV, algunas veces; AM, a menudo; H, habitualmente; S, siempre.



8.1.3. Test de Bulimia de Edimburgo (Bulimic Investigatory Test Edinburgh, BITE)

1. ¿Tiene usted costumbres regulares en su alimentación diaria?	SÍ	NO					
2. ¿Sigue habitualmente dietas de forma estricta?	SÍ	NO					
3. ¿Considera un fracaso romper su dieta alguna vez?	SÍ	NO					
4. ¿Cuenta las calorías de todo lo que come, incluso cuando no está a régimen?	SÍ	NO					
5. ¿Ha ayunado alguna vez durante un día completo?	SÍ	NO					
6. Si la respuesta es sí, ¿con qué frecuencia?	Días alternos (5) 2-3 veces por semana (4) Un día a la semana (3) Alguna vez (2) Una vez (1)						
7. ¿Utiliza alguno de los siguientes métodos para perder peso?							
	Nunca	Raramente	1 vez/semana	2-3 veces/semana	Diariamente	2-3 veces/día	5 veces/día
Pastillas para adelgazar	0	2	3	4	5	6	7
Diuréticos	0	2	3	4	5	6	7
Laxantes	0	2	3	4	5	6	7
Provocar el vómito	0	2	3	4	5	6	7
8. ¿Se ve su vida diaria gravemente afectada por su forma de comer?	SÍ	NO					
9. ¿Cree usted que la comida «domina» su vida?	SÍ	NO					
10. ¿Le ha ocurrido alguna vez «comer y comer» hasta que las molestias físicas le obligan a parar?	SÍ	NO					
11. ¿Existen momentos en los cuales «sólo» puede pensar en comida?	SÍ	NO					
12. ¿Come delante de los demás racionalmente y se excede en privado?	SÍ	NO					
13. ¿Puede parar de comer siempre que se lo propone?	SÍ	NO					
14. ¿Ha experimentado alguna vez deseos imperiosos de «comer, comer y comer»?	SÍ	NO					
15. ¿Cuándo se siente ansioso/a tiene tendencia a comer demasiado?	SÍ	NO					
16. ¿La idea de engordar le aterroriza?	SÍ	NO					
17. ¿Alguna vez ha comido grandes cantidades de alimento, rápidamente? (fuera de horas)	SÍ	NO					
18. ¿Se siente avergonzado/a por sus hábitos alimentarios?	SÍ	NO					
19. ¿Le preocupa no tener control sobre «cuánto» come?	SÍ	NO					
20. ¿Se refugia en la comida para sentirse bien?	SÍ	NO					
21. ¿Es usted capaz de dejar comida en el plato al final de una comida?	SÍ	NO					
22. ¿Engaña a los demás acerca de la cantidad que come?	SÍ	NO					
23. ¿Se corresponde la sensación de hambre que usted tiene con lo que come?	SÍ	NO					
24. ¿Se da alguna vez «atracones» de grandes cantidades de comida?	SÍ	NO					
25. Si es así, cuando termina de «atracarse», ¿se siente usted «miserable»?	SÍ	NO					
26. ¿Se da usted «atracones» únicamente cuando está solo/a?	SÍ	NO					
27. ¿Con qué frecuencia ocurren estos «atracones»?	Raramente (1) Una vez al mes (2) Una vez a la semana (3) 2-3 veces a la semana (4) Diariamente (5) 2-3 veces al día (6)						
28. ¿Se desplazaría grandes distancias para satisfacer la necesidad urgente del «atracción»?	SÍ	NO					
29. Después de comer mucho, ¿se siente muy culpable?	SÍ	NO					
30. ¿Come alguna vez en secreto?	SÍ	NO					
31. ¿Cree usted que sus hábitos alimentarios pueden considerarse normales?	SÍ	NO					
32. ¿Se considera a sí mismo un comedor/a «compulsivo/a» (no puede evitarlo)?	SÍ	NO					
33. ¿Varía su peso más de 2 kg a la semana?	SÍ	NO					



9.11. Escala de Impulsividad de Barratt (Barratt Impulsiveness Scale, BIS-11)

Instrucciones: Las personas son diferentes en cuanto a la forma en que se comportan y piensan en distintas situaciones. Ésta es una prueba para medir algunas de las formas en que usted actúa y piensa. No se detenga demasiado tiempo en ninguna de las oraciones. Responda rápida y honestamente. (Entrevistador: Lea cada oración al respondiente y marque la contestación. Si la persona no entiende la pregunta, plantéela de la forma que está entre paréntesis).

	Raramente o nunca (0)	Ocasionalmente (1)	A menudo (3)	Siempre o casi siempre (4)
1. Planifico mis tareas con cuidado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Hago las cosas sin pensarlas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Casi nunca me tomo las cosas a pecho (no me perturbo con facilidad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Mis pensamientos pueden tener gran velocidad (tengo pensamientos que van muy rápido en mi mente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Planifico mis viajes con antelación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Soy una persona con autocontrol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Me concentro con facilidad (se me hace fácil concentrarme)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ahorro con regularidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Se me hace difícil estar quieto/a durante largos períodos de tiempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Pienso las cosas cuidadosamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Planifico para tener un trabajo fijo (me esfuerzo por asegurar que tendré dinero para pagar mis gastos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Digo las cosas sin pensarlas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Me gusta pensar sobre problemas complicados (me gusta pensar sobre problemas complejos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Cambio de trabajo frecuentemente (no me quedo en el mismo trabajo durante largos períodos de tiempo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Actúo impulsivamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Me aburro con facilidad tratando de resolver problemas en mi mente (me aburre pensar en algo por demasiado tiempo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Visito al médico y al dentista con regularidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Hago las cosas en el momento en que se me ocurren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Soy una persona que piensa sin distraerse (puedo enfocar mi mente en una sola cosa por mucho tiempo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Cambio de vivienda a menudo (me mudo con frecuencia o no me gusta vivir en el mismo sitio por mucho tiempo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Compró cosas impulsivamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Terminó lo que empiezo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Camino y me muevo con rapidez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Resuelvo los problemas experimentando (resuelvo los problemas empleando una posible solución y viendo si funciona)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Gasto en efectivo o a crédito más de lo que gano (gasto más de lo que gano)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Hablo rápido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Tengo pensamientos extraños cuando estoy pensando (a veces tengo pensamientos irrelevantes cuando pienso)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Me interesa más el presente que el futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Me siento inquieto/a en clases o charlas (me siento inquieto/a si tengo que oír a alguien hablar durante un largo periodo de tiempo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Planifico el futuro (me interesa más el futuro que el presente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.3.3. Test AUDIT

<i>Ítems</i>	<i>Criterios operativos de valoración</i>
1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?	0. Nunca 1. Una o menos veces al mes 2. De 2 a 4 veces al mes 3. De 2 a 3 veces a la semana 4. Cuatro o más veces a la semana
2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?	0. 1 o 2 1. 3 o 4 2. 5 o 6 3. De 7 a 9 4. 10 o más
3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión de consumo?	0. Nunca 1. Menos de una vez al mes 2. Mensualmente 3. Semanalmente 4. A diario o casi a diario
4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?	0. Nunca 1. Menos de una vez al mes 2. Mensualmente 3. Semanalmente 4. A diario o casi a diario
5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?	0. Nunca 1. Menos de una vez al mes 2. Mensualmente 3. Semanalmente 4. A diario o casi a diario
6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?	0. Nunca 1. Menos de una vez al mes 2. Mensualmente 3. Semanalmente 4. A diario o casi a diario
7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?	0. Nunca 1. Menos de una vez al mes 2. Mensualmente 3. Semanalmente 4. A diario o casi a diario
8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?	0. Nunca 1. Menos de una vez al mes 2. Mensualmente 3. Semanalmente 4. A diario o casi a diario
9. ¿Usted o alguna otra persona han resultado heridos porque usted había bebido?	0. No 2. Si, pero no en el curso del último año 4. Si, el último año
10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le ha sugerido que deje de beber?	0. No 2. Si, pero no en el curso del último año 4. Si, el último año

8.1.5. Cuestionario de Actitudes frente al Cambio en los Trastornos de la Conducta Alimentaria (ACTA)

1

Instrucciones: A continuación se señalan una serie de situaciones, pensamientos o experiencias que pueden ser habituales para ti. Piensa en cada una de ellas y señala con una cruz sobre la casilla que mejor corresponda a tu situación en los últimos años.

Posiblemente muchas de las experiencias descritas no se ajusten bien a tu estado actual; en este caso es preferible que señales en la columna correspondiente al «No/Nunca».

	No/Nunca	Rara vez	A veces	Frecuentemente	Siempre
1. Hay momentos en que consigo no tener mi pensamiento en la comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. No tengo ningún problema, lo único que ocurre es que no me dejan en paz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Soy capaz de comer algo «extra» pensando en salir de mi enfermedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Me aterra el efecto que la comida produce en mi cuerpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Puedo estar relajada y contenta aun cuando tengo que comer en público	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Puedo vestirme sin que me angustie cómo me queda la ropa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Aunque me insistan, no voy a cambiar ninguno de mis hábitos alimentarios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ahora ya puedo decir que he pasado esta enfermedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. En mi mente hay dos personas: una la enferma que siempre me domina y otra la sana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Puedo mirar mis obsesiones como algo que ya es del pasado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Los demás están exagerando todo lo que me ocurre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Para salir con mis amigos me influye si vamos o no a comer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Dudo sobre si los demás llevarán razón respecto a mi problema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Deseo que me dejen en paz con el peso y la comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Temo que lleguen la hora de las comidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. No tengo ninguna enfermedad, sólo que no quiero estar gorda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Aunque quiero, no puedo cambiar mis hábitos de comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Después de estar mejor me han vuelto mis obsesiones con la comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Querría superar mis obsesiones pero sin cambiar mis hábitos alimentarios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Espero que algún día se cansen de decirme que estoy enferma y necesito ir al médico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Por fin puedo decir que ya estoy curada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. He empezado a cambiar mis hábitos alimentarios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Dependo de los demás para empezar a cambiar mi conducta alimentaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Otra vez he empezado con miedo a la comida o a los atracones y vómitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Cada vez me encontraba peor si seguía con mi problema alimentario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Estoy intentando hacer lo que me dicen para curarme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Procuro evitar situaciones que entorpecen mi curación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Puedo comer de todo sin sentir ningún miedo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Ahora no, pero algún día tendré que decidirme a librarme de mi problema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Tengo dudas sobre si tendré de verdad una enfermedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8.1.5. Cuestionario de Actitudes frente al Cambio en los Trastornos de la Conducta Alimentaria (ACTA)

2

	No/Nunca	Rara vez	A veces	Frecuentemente	Siempre
31. En un futuro me gustaría empezar a solucionar mis problemas con mi alimentación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. No voy a cambiar mis hábitos alimentarios porque me lo diga el médico o mi familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Aún no le he decidido, pero si quisiera, empezaría a hacer lo que me dicen que hay	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Me preocupa que mi salud esté afectada por mis hábitos de comida, pero ya cambiaré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Leo toda la información que me puede ayudar a curarme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Aunque aún no le he hecho, sé lo que tendría que hacer para resolver mi trastorno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Llevo una temporada otra vez más obsesionada con mi aspecto físico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Me veo totalmente dominada por mis obsesiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. No tengo por qué cambiar mis hábitos alimentarios, pertenecen a mi forma de vivir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Tendría que empezar a dejar a un lado mi problema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Estoy mejor, pero he vuelto a estar muy preocupada con la dieta y el aspecto físico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Me cuesta cambiar mi conducta pero sigo esforzándome por lograrlo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Más adelante empezaré a comer como me están pidiendo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Para solucionar mis obsesiones he cambiado algunas costumbres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Pienso que es peligrosa mi forma actual de comer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Me alegro cuando puedo dominar mis obsesiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Me enfoco en pequeños detalles para superar mi problema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. El miedo a ganar peso me impide para poder cambiar mi dieta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. He vuelto a encontrarme como al principio de la enfermedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Para sentirme mejor, algún día empezaré a solucionar mi problema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. Ahora me vuelve a preocupar más que antes que pueda ganar peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Me alegro cualquier progreso que me mejore de mi enfermedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. Me pregunto si la solución a mi estado estaría en perder peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54. Quiero dejar atrás este problema pero aún no me veo con fuerzas para superarlo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55. Puedo mantenerme comiendo de todo o sin tener atracones ni vómitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56. Es absurdo que quieran obligarme a cambiar mis hábitos alimentarios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57. Aunque sé que es por mi bien, no quiero empezar todavía a luchar contra mi problema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58. Pensé que me había curado pero otra vez he vuelto a empezar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59. No tengo ningún problema de salud, sólo que me gusta controlar mi peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9.4. Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad (International Personality Disorder Examination, IPDE)

1

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN IPDE (MÓDULO CIE-10)		
Instrucciones:		
1. La intención de este cuestionario es conocer qué tipo de persona ha sido usted durante los últimos 5 años.		
2. Por favor no omita ningún ítem. Si no está seguro de una respuesta, señale la respuesta (verdadero o falso) que le parezca más correcta. No hay límite de tiempo, pero no pierda mucho tiempo pensando cuál es la respuesta correcta a un ítem determinado.		
3. Cuando la respuesta sea verdadero, señale con un círculo la letra V. Cuando la respuesta sea falso, señale con un círculo la letra F.		
1. Normalmente me divierto y disfruto de la vida	V	F
2. No reacciono bien cuando alguien me ofende	V	F
3. No soy minucioso con los pequeños detalles	V	F
4. No puedo decidir qué tipo de persona quiero ser	V	F
5. Muestro mis sentimientos a todo el mundo	V	F
6. Dejo que los demás tomen decisiones importantes por mí	V	F
7. Habitualmente me siento tenso o nervioso	V	F
8. Casi nunca me enfado con nada	V	F
9. Hago lo que sea necesario para que la gente no me abandone	V	F
10. Soy una persona muy precavida	V	F
11. Nunca me han detenido	V	F
12. La gente cree que soy frío y distante	V	F
13. Me meto en relaciones muy intensas, pero poco duraderas	V	F
14. La mayoría de la gente es justa y honesta conmigo	V	F
15. Me cuesta discrepar de las personas de quienes dependo mucho	V	F
16. Me siento molesto o fuera de lugar en situaciones sociales	V	F
17. Me siento fácilmente influido por lo que me rodea	V	F
18. Normalmente me siento mal cuando hago daño o trato mal a alguien	V	F
19. Disputo o me peleo con la gente cuando tratan de impedirme que haga lo que quiero	V	F
20. A veces he rechazado un trabajo, incluso si estaba esperándolo	V	F
21. Cuando me alaban o critican, no manifiesto mi reacción a los demás	V	F
22. No he perdonado los agravios de otros durante años	V	F
23. Paso demasiado tiempo tratando de hacer las cosas perfectamente	V	F
24. A menudo la gente se rie de mí a mis espaldas	V	F
25. Nunca me he autolesionado a propósito, ni he amenazado con suicidarme	V	F
26. Mis sentimientos son como el tiempo: siempre están cambiando	V	F
27. Luchó por mis derechos aunque moleste a la gente	V	F
28. Me gusta vestirme para destacar entre la gente	V	F
29. Mentiría o haría trampas para lograr mis propósitos	V	F
30. No mantengo un plan si no obtengo resultados inmediatamente	V	F
31. Tengo poco o ningún deseo de mantener relaciones sexuales	V	F

9.4. Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad
(International Personality Disorder Examination, IPDE)

2

32. La gente cree que soy demasiado estricto con las normas y reglas	V	F
33. Generalmente me siento incómodo o desvalido si estoy solo	V	F
34. No me gusta relacionarme con la gente hasta que no estoy seguro de que les gusto	V	F
35. No me gusta ser el centro de atención	V	F
36. Creo que mi cónyuge (amante) me puede ser infiel	V	F
37. A veces me enfado tanto que rompo o tiro cosas	V	F
38. He tenido amistades íntimas que duraron mucho tiempo	V	F
39. Me preocupa mucho no gustar a la gente	V	F
40. A menudo me siento «vacío» por dentro	V	F
41. Trabajo tanto que no tengo tiempo para nada más	V	F
42. Me da miedo que me dejen solo y tener que cuidar de mí mismo	V	F
43. Muchas cosas me parecen peligrosas, y no a la mayoría de la gente	V	F
44. Tengo fama de que me gusta «flirtear»	V	F
45. No pido favores a la gente de la que dependo mucho	V	F
46. Prefiero las actividades que puedo hacer por mí mismo	V	F
47. Pierdo los estribos y me meto en peleas	V	F
48. La gente piensa que soy demasiado inflexible o formal	V	F
49. Con frecuencia busco consejos o recomendaciones sobre decisiones de la vida cotidiana	V	F
50. Me guardo las cosas para mí, incluso cuando estoy con gente	V	F
51. Para mí es difícil estar sin problemas	V	F
52. Estoy convencido de que existe una conspiración tras muchas cosas que pasan en el mundo	V	F
53. Soy muy emocional y caprichoso	V	F
54. Me resulta difícil acostumbrarme a hacer cosas nuevas	V	F
55. La mayoría de la gente piensa que soy una persona extraña	V	F
56. Me arriesgo y hago cosas temerarias	V	F
57. Todo el mundo necesita uno o dos amigos para ser feliz	V	F
58. Estoy más interesado en mis pensamientos que en lo que pasa fuera	V	F
59. Normalmente trato que la gente haga las cosas a mi manera	V	F

5.1.3. Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI)

1

Instrucciones: A continuación se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los 21 apartados. Delante de cada frase marque con una cruz el círculo que mejor refleje su situación actual.

1. Estado de ánimo
 - ☐ Esta tristeza me produce verdaderos sufrimientos
 - ☐ No me encuentro triste
 - ☐ Me siento algo triste y deprimido
 - ☐ Ya no puedo soportar esta pena
 - ☐ Tengo siempre como una pena encima que no me la puedo quitar
2. Pesimismo
 - ☐ Me siento desanimado cuando pienso en el futuro
 - ☐ Creo que nunca me recuperaré de mis penas
 - ☐ No soy especialmente pesimista, ni creo que las cosas me vayan a ir mal
 - ☐ No espero nada bueno de la vida
 - ☐ No espero nada. Esto no tiene remedio
3. Sentimientos de fracaso
 - ☐ He fracasado totalmente como persona (padre, madre, marido, hijo, profesional, etc.)
 - ☐ He tenido más fracasos que la mayoría de la gente
 - ☐ Siento que he hecho pocas cosas que valgan la pena
 - ☐ No me considero fracasado
 - ☐ Veo mi vida llena de fracasos
4. Insatisfacción
 - ☐ Ya nada me llena
 - ☐ Me encuentro insatisfecho conmigo mismo
 - ☐ Ya no me divierte lo que antes me divertía
 - ☐ No estoy especialmente insatisfecho
 - ☐ Estoy harto de todo
5. Sentimientos de culpa
 - ☐ A veces me siento despreciable y mala persona
 - ☐ Me siento bastante culpable
 - ☐ Me siento prácticamente todo el tiempo mala persona y despreciable
 - ☐ Me siento muy infame (perverso, canalla) y despreciable
 - ☐ No me siento culpable
6. Sentimientos de castigo
 - ☐ Presiento que algo malo me puede suceder
 - ☐ Siento que merezco ser castigado
 - ☐ No pienso que esté siendo castigado
 - ☐ Siento que me están castigando o me castigarán
 - ☐ Quiero que me castiguen
7. Odio a sí mismo
 - ☐ Estoy descontento conmigo mismo
 - ☐ No me aprecio
 - ☐ Me odio (me desprecio)
 - ☐ Estoy asqueado de mí
 - ☐ Estoy satisfecho de mí mismo
8. Autoacusación
 - ☐ No creo ser peor que otros
 - ☐ Me acuso a mí mismo de todo lo que va mal
 - ☐ Me siento culpable de todo lo malo que ocurre
 - ☐ Siento que tengo muchos y muy graves defectos
 - ☐ Me critico mucho a causa de mis debilidades y errores
9. Impulsos suicidas
 - ☐ Tengo pensamientos de hacerme daño, pero no llegaría a hacerlo
 - ☐ Siento que estaría mejor muerto
 - ☐ Siento que mi familia estaría mejor si yo muriera
 - ☐ Tengo planes decididos de suicidarme
 - ☐ Me mataría si pudiera
 - ☐ No tengo pensamientos de hacerme daño
10. Periodos de llanto
 - ☐ No lloro más de lo habitual
 - ☐ Antes podía llorar; ahora no lloro ni aun queriéndolo
 - ☐ Ahora lloro continuamente. No puedo evitarlo
 - ☐ Ahora lloro más de lo normal

5.1.3. Inventario de Depresión de Beck
(Beck Depression Inventory, BDI)

2

11. Irritabilidad
 - ☐ No estoy más irritable que normalmente
 - ☐ Me irrito con más facilidad que antes
 - ☐ Me siento irritado todo el tiempo
 - ☐ Ya no me irrita ni lo que antes me irritaba
12. Aislamiento social
 - ☐ He perdido todo mi interés por los demás y no me importan en absoluto
 - ☐ Me intereso por la gente menos que antes
 - ☐ No he perdido mi interés por los demás
 - ☐ He perdido casi todo mi interés por los demás y apenas tengo sentimientos hacia ellos
13. Indecisión
 - ☐ Ahora estoy inseguro de mí mismo y procuro evitar tomar decisiones
 - ☐ Tomo más decisiones como siempre
 - ☐ Ya no puedo tomar decisiones en absoluto
 - ☐ Ya no puedo tomar decisiones sin ayuda
14. Imagen corporal
 - ☐ Estoy preocupado porque me veo más viejo y desmejorado
 - ☐ Me siento feo y repulsivo
 - ☐ No me siento con peor aspecto que antes
 - ☐ Siento que hay cambios en mi aspecto físico que me hacen parecer desagradable (o menos atractivo)
15. Capacidad laboral
 - ☐ Puedo trabajar tan bien como antes
 - ☐ Tengo que esforzarme mucho para hacer cualquier cosa
 - ☐ No puedo trabajar en nada
 - ☐ Necesito un esfuerzo extra para empezar a hacer algo
 - ☐ No trabajo tan bien como lo hacía antes
16. Trastornos del sueño
 - ☐ Duermo tan bien como antes
 - ☐ Me despierto más cansado por la mañana
 - ☐ Me despierto unas 2 horas antes de lo normal y me resulta difícil volver a dormir
 - ☐ Tardo 1 o 2 horas en dormirme por la noche
 - ☐ Me despierto sin motivo en mitad de la noche y tardo en volver a dormirme
 - ☐ Me despierto temprano todos los días y no duermo más de 5 horas
 - ☐ Tardo más de 2 horas en dormirme y no duermo más de 5 horas
 - ☐ No logro dormir más de 3 o 4 horas seguidas
17. Cansancio
 - ☐ Me canso más fácilmente que antes
 - ☐ Cualquier cosa que hago me fatiga
 - ☐ No me canso más de lo normal
 - ☐ Me canso tanto que no puedo hacer nada
18. Pérdida de apetito
 - ☐ He perdido totalmente el apetito
 - ☐ Mi apetito no es tan bueno como antes
 - ☐ Mi apetito es ahora mucho menor
 - ☐ Tengo el mismo apetito de siempre
19. Pérdida de peso
 - ☐ No he perdido peso últimamente
 - ☐ He perdido más de 2,5 kg
 - ☐ He perdido más de 5 kg
 - ☐ He perdido más de 7,5 kg
20. Hipocondría
 - ☐ Estoy tan preocupado por mi salud que me es difícil pensar en otras cosas
 - ☐ Estoy preocupado por dolores y trastornos
 - ☐ No me preocupa mi salud más de lo normal
 - ☐ Estoy constantemente pendiente de lo que me sucede y de cómo me encuentro
21. Líbido
 - ☐ Estoy menos interesado por el sexo que antes
 - ☐ He perdido todo mi interés por el sexo
 - ☐ Apenas me siento atraído sexualmente
 - ☐ No he notado ningún cambio en mi atracción por el sexo

5.1.3. Inventario de Depresión de Beck
(Beck Depression Inventory, BDI)

3

Instrucciones: Este es un cuestionario en el que hay grupos de afirmaciones. Por favor, lee íntegro el grupo de afirmaciones de cada apartado y elija la afirmación de cada grupo que mejor describa el modo en que se siente hoy, es decir, actualmente. Haga una cruz en el círculo de la afirmación que haya escogido.

- 1 ☐ No me encuentro triste
☐ Me siento triste o melancólico
☐ Constantemente estoy melancólico o triste y no puedo superarlo
☐ Me siento tan triste o infeliz que no puedo resistirlo
- 2 ☐ No soy particularmente pesimista y no me encuentro desalentado respecto al futuro
☐ Me siento desanimado respecto al futuro
☐ No tengo nada que esperar del futuro
☐ No tengo ninguna esperanza en el futuro y creo que las cosas no pueden mejorar
- 3 ☐ No me siento fracasado
☐ Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas
☐ Cuando miro hacia atrás en mi vida, todo lo que veo son un montón de fracasos
☐ Creo que como persona soy un completo fracasado (padre, marido, esposa)
- 4 ☐ No estoy particularmente descontento
☐ No disfruto de las cosas como antes
☐ No encuentro satisfacción en nada
☐ Me siento descontento de todo
- 5 ☐ No me siento particularmente culpable
☐ Me siento malo o indigno muchas veces
☐ Me siento culpable
☐ Pienso que soy muy malo e indigno
- 6 ☐ No me siento decepcionado conmigo mismo
☐ Estoy decepcionado conmigo mismo
☐ Estoy disgustado conmigo mismo
☐ Me odio
- 7 ☐ No tengo pensamientos de darme
☐ Creo que estaría mejor muerto
☐ Tengo planes precisos para suicidarme
☐ Me mataría si tuviera ocasión
- 8 ☐ No he perdido el interés por los demás
☐ Estoy menos interesado en los demás que antes
☐ He perdido la mayor parte del interés por los demás y pienso poco en ellos
☐ He perdido todo el interés por los demás y no me importa en absoluto
- 9 ☐ Tomo mis decisiones con la misma facilidad que antes
☐ Trato de no tener que tomar decisiones
☐ Tengo grandes dificultades para tomar decisiones
☐ Ya no puedo tomar decisiones
- 10 ☐ No creo que mi aspecto haya empeorado
☐ Estoy preocupado porque me veo viejo y poco atractivo
☐ Creo que mi aspecto empeora constantemente quitándome atractivo
☐ Siento que mi aspecto es feo y repulsivo
- 11 ☐ Puedo trabajar igual de bien que antes
☐ Me cuesta un esfuerzo especial comenzar a hacer algo
☐ Debo esforzarme mucho para hacer cualquier cosa
☐ No puedo realizar ningún trabajo
- 12 ☐ No me canso más que antes
☐ Me canso más fácilmente que antes
☐ Me canso por cualquier cosa
☐ Me canso demasiado por hacer cualquier cosa
- 13 ☐ Mi apetito no es peor de lo normal
☐ Mi apetito no es tan bueno como antes
☐ Mi apetito es ahora mucho peor
☐ He perdido el apetito

7.1.5. Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (State-Trait Anxiety Inventory, STAI)

1

ANSIEDAD-ESTADO		
<p><i>Instrucciones:</i> A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se siente <i>ahora mismo</i>, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describe su situación presente.</p>		
1. Me siento calmado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
2. Me siento seguro	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
3. Estoy tenso	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
4. Estoy contrariado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
5. Me siento cómodo (estoy a gusto)	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
6. Me siento alterado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
8. Me siento descansado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
9. Me siento angustiado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
10. Me siento confortable	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
11. Tengo confianza en mí mismo	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
12. Me siento nervioso	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
13. Estoy desasosegado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
14. Me siento muy «atado» (como oprimido)	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
15. Estoy relajado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
16. Me siento satisfecho	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
17. Estoy preocupado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
18. Me siento aturdido y sobreexcitado	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
19. Me siento alegre	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho
20. En este momento me siento bien	0. Nada 2. Bastante	1. Algo 3. Mucho

7.1.5. Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo
(State-Trait Anxiety Inventory, STAI)

2

ANSIEDAD-RASGO		
<p>Instrucciones: A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se siente usted en general, en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa cómo se siente usted generalmente.</p>		
21. Me siento bien	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
22. Me canso rápidamente	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
23. Siento ganas de llorar	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
24. Me gustaría ser tan feliz como otros	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
25. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
26. Me siento descansado	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
27. Soy una persona tranquila, serena y sosegada	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
30. Soy feliz	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
31. Suele tomar las cosas demasiado seriamente	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
32. Me falta confianza en mí mismo	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
33. Me siento seguro	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
34. No suelo afrontar las crisis o dificultades	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
35. Me siento triste (melancólico)	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
36. Estoy satisfecho	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
37. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
38. Me afectan tanto los desengaños que no puedo olvidarlos	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
39. Soy una persona estable	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre
40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales me pongo tenso y agitado	0. Casi nunca 2. A menudo	1. A veces 3. Casi siempre

8.1.2. Test de Actitudes hacia la Alimentación (Eating Attitudes Test, EAT)

1

EAT-40	N	CN	AV	BV	CS	S
1. Me gusta comer con otras personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Preparo comidas para otros, pero yo no me las como	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Me pongo nervioso/a cuando se acerca la hora de las comidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Me da mucho miedo pesar demasiado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Procuro no comer aunque tenga hambre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Me preocupa mucho por la comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. A veces me he «atrachado» de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Corto mis alimentos en trozos pequeños	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (p. ej., pan, arroz, patatas, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Me siento lleno/a después de las comidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Noto que los demás preferirían que yo comiese más	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Vomito después de haber comido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Me siento muy culpable después de comer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Me preocupa el deseo de estar más delgado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Hago mucho ejercicio para quemar calorías	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Me peso varias veces al día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Me gusta que la ropa me quede ajustada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Disfruto comiendo carne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Me levanto pronto por las mañanas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Cada día como los mismos alimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Tengo la menstruación regular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Tardo en comer más que las otras personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Disfruto comiendo en restaurantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Tomo laxantes (purgantes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Procuro no comer alimentos con azúcar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Como alimentos de régimen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Siento que los alimentos controlan mi vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Me controlo en las comidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Noto que los demás me presionan para que coma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Tengo estreñimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Me siento incómodo/a después de comer dulces	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Me comprometo a hacer régimen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Me gusta sentir el estómago vacío	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Tengo ganas de vomitar después de las comidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

N, nunca; CN, casi nunca; AV, algunas veces; BV, bastantes veces; CS, casi siempre; S, siempre.



Hospital General Universitario
Gregorio Marañón

Comunidad de Madrid

CONFORMIDAD DE LA DIRECCIÓN DEL CENTRO

Don Eduardo Junco Petrement, Director Médico del **HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN** y vista la autorización del Comité Ético de Investigación Clínica.

CERTIFICA

Que conoce la propuesta realizada por el Promotor *D^a. Leticia Camarillo Gutiérrez* para que sea realizado en este centro el estudio observacional No-EPA con código *PSQB-EO-002-2014* titulado *"Rasgos de personalidad en pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria"* y que será realizado por la Dra. *Leticia Camarillo Gutiérrez* como investigadora principal.

Que acepta la realización de dicho estudio en este centro.

Que está de acuerdo con el contrato firmado entre el Centro y el Promotor en el que se especifican todos los aspectos económicos de este estudio.

Lo que firma en Madrid a 15 de julio de 2014.

Hospital General Universitario
Gregorio Marañón
Dirección Médica

Firmado:
Don Eduardo Junco Petrement